

# Claimant's Statement Form - D1

دعویدار کا بیان فارم



## I. Claimant's Information

کلیم کنندہ کا بیان

Claimant's/Nominee Name: <b>رضا محمد</b>	
Claiming the benefit as: Nominee <input type="checkbox"/> مستفید Successor <input checked="" type="checkbox"/> وارث Employer <input type="checkbox"/> نمائندہ Guardian <input type="checkbox"/> اہل بیت Other (Specify) <input type="checkbox"/> کوئی اور (تفصیل کریں)	Relationship with Deceased: <b>شوهر</b> Date of Birth: <b>27/01/1990</b> CNIC: <b>544400 2881413 3</b> CNIC Issue Date: <b>05/08/2020</b> Claimant's Occupation: <b>صنعتی دوری</b> Title of Business or Employer Name: <b>صنعتی دوری</b> Claimant's Address: <b>بہروری روڈ محلہ گلی ابراہیم زئی ضاحم سٹریٹ کوئٹہ</b> Mobile Number: <b>9999999999</b> Land Line Number: <b>9999999999</b>

## 2. Deceased Information

متوفی کی تفصیلات

Deceased Name: <b>طیبہ فاطمہ</b>		Father/Husband Name: <b>رضا محمد</b>	
CNIC: <b>553302 4210157 0</b>		Date of Birth: <b>16/09/1988</b>	
Deceased Occupation: <b>شوهر</b>	Date of joining/Start of business: <b>August 2016</b>	Designation: <b>ایئر بائیپر وائرڈ</b>	Employer Name: <b>طیبہ فاطمہ</b>
Business Address: <b>عینی نگر گلی نمبر 6</b>		Last working day: <b>02/06/2025</b>	
Takaful Membership Number: <b>ممبرشپ نمبر</b>	Amount of Claim (as per PMD): <b>34500</b>	Monthly Salary: <b>34500</b>	
Claimant's complete (IBAN) bank account number: <b>دعویدار کا مکمل (IBAN) بینک اکاؤنٹ نمبر</b>		Bank Details: <b>بینک تفصیل</b>	

## 3. Takaful / Insurance History

تکافل / انشورنس کی ہسٹری

Was deceased covered by takaful / Insurance from any other company (If the answer is yes, Please provide Detail below)		Yes <input type="checkbox"/> ہاں No <input checked="" type="checkbox"/> نہیں
Number of membership Policy: <b>ممبرشپ پالیسی کی تعداد</b>	Date of Issue: <b>تاریخ اجراء</b>	Company's Name and Address: <b>کمپنی کا نام اور پتہ</b>

## 4. Detail of Death Claimed

کلیم کردہ وفات کی تفصیل

Date of Death: <b>03/06/2025</b>	Time of Death: <b>5:00 AM</b>	Cause of Death: <b>Cancer</b>
Place & Address of Death: <b>بی ایم سی ہسپتال کوئٹہ</b>		

## 5. Past medical history

Date when the deceased complained about his/her illness: <b>08-05-2025</b>	Duration of illness/sickness: <b>26 دن</b>
What was the complaint/symptoms? <b>جگر میں سوجن، پیٹ کا مسئلہ، بخار، درد</b>	
Detail of medical History of all treatment taken in previous two years prior to death: <b>علاج کی تمام مہینہ نیکل ہسٹری کی تفصیل جو وفات کے دو سال پہلے کا تھا</b>	
Address: <b>صبر خان چورس انڈیا فیسٹیو ہسپتال</b>	Duration of treatment: <b>26 دن</b>

## 6. Declaration

I hereby declare that the answers to all the questions were entered completely and truthfully and nothing has been concealed or misrepresented. I hereby authorize Pak-Qatar Family Takaful Ltd.

- Knowing that the authorization will be used in determining the eligibility of the payment of death benefit in this(ese) contracts and will be used for processing of these benefits only;
- To require and collect medical and non-medical information regarding the deceased from all hospitals/doctors, medical facilities, federal, provincial and local government agencies, law enforcement agencies, Federal Bureau of Revenue, NADRA, Banks, takaful, insurance Retaikafal and reinsurance companies and request all of them to provide all such information pertaining to the deceased;
- And the deceased had during his life time authorized the company to have access to such information pertaining him.

میں یہاں پر کہتا ہوں کہ تمام جوابات مکمل اور سچے ہیں جو میرے حق میں ہیں اور میں نے کوئی چیز چھپائی یا گھڑائی نہیں کی ہے۔  
میں یہاں پر کہتا ہوں کہ ان کے جوابات کو استعمال کرنے کے لیے میں نے ان کو مکمل طور پر مطلع کیا ہے۔  
1. اس بات کو جاننے کے لیے کہ ان کے جوابات کو استعمال کرنے کے لیے میں نے ان کو مکمل طور پر مطلع کیا ہے۔  
2. یہ کہ ان کے جوابات کو استعمال کرنے کے لیے میں نے ان کو مکمل طور پر مطلع کیا ہے۔  
3. اور ان کے جوابات کو استعمال کرنے کے لیے میں نے ان کو مکمل طور پر مطلع کیا ہے۔

*Raza Muhammad*

Signature of Claimant & Stamp with Date