



PAK-QATAR FAMILY TAKAFUL
Together for Better

PAK-QATAR FAMILY TAKAFUL LIMITED
Health Declaration Questionnaire

TO BE SUBMITTED ALONGWITH THE COPY OF CNIC

سہ فارم شناختی کارڈ کی کاپی کے ہمراہ جمع ہوگا

Employer QHIP Training and Consulting. (آپ کا نام)

Contact Person M. Arshad فرد رابطہ Designation Senior Manager/CEO عہدہ

Postal Address CIC House Plot#1 St#9 Faysal Market, 48215b Telephone # 051-111-111-920 فیس فون نمبر

SECTION 1: EMPLOYEE (to be completed by proposed employee)

حصہ اول: برائے شریک تکافل (مجوزہ شریک تکافل کو بھرنے)

Name of Proposed Participant Salman Khan مجوزہ شریک کھانل کا نام

Date of Birth 21 01 1993 تاریخ پیدائش
Date دن Month مہینہ Year سال

Father's Name/Husband's Name والدہ کا نام / شوہر کا نام
Zulfiqar Hussain Khan

Employee's Address	تلفون نمبر
No. 12, Street 7, Block G, New City Phase 2, Wahdhatt	0343-5273877

Gender	جنس	CNIC #	کیپیڈ نازد ششانی کارڈ نمبر	Marital Status	ازدواجی حیثیت
Male <input checked="" type="checkbox"/> مرد	Female <input type="checkbox"/> عورت	37406-3839109-5		Un-married	

Occupation	پیشه	Exact Daily Duties	روزمره وظایف و داری (ذاتیاتی) کیج تفصیل
Project Manager		HR Matters	

Date of joining 10 10 2022 تقرری کی تاریخ Date of Confirmation 10 01 2023 نوکری میں مستقل ہوئے کی تاریخ Employee ID # ایچ آر ملازمت کا شناخت نمبر

Date: 11/11/2023	Date: 11/11/2023	Date: 11/11/2023
Designation/Grade	Annual Earned Income	سالانہ آمدنی
6	2100000/-	

SECTION 2: PERSONAL INFORMATION (to be completed by proposed employee)

حصہ دوم: ذاتی معلومات (تجویز کردہ اجیر کی طرف سے مکمل کیا جائے گا)

- | | | |
|---|--|---|
| 1. Has any application for insurance on your life (life, accident, health) been declined, postponed or accepted on special terms? If yes please specify | Yes <input type="checkbox"/> ہاں No <input checked="" type="checkbox"/> نہیں | ۱۔ اپنی زندگی کے بچنے کے لیے آپ نے کوئی درخواست دے رکھی ہے (زندگی، حادثہ، صحت) جو مسترد کر دی گئی ہو یا مؤخر کر دی گئی ہو یا کچھ خاص شرائط پر منظور کر لی گئی ہو؟ اگر ہاں تو برائے میراثی وضاحت کریں۔ |
| 2. Do you have involvement (past/present) in political / politico religious activity or any enmity? | Yes <input type="checkbox"/> ہاں No <input checked="" type="checkbox"/> نہیں | ۲۔ کیا آپ کسی کی بھی سیاسی / مذہبی سرگرمی یا دشمنی سے وابستگی (ابھی یا ماضی میں) رہی ہے؟ |
| 3. During the last 2 years, have you been involved in any type of hazardous occupation or avocation? | Yes <input type="checkbox"/> ہاں No <input checked="" type="checkbox"/> نہیں | ۳۔ کیا آپ کو گزشتہ دو سالوں کے دوران کسی خطرناک شے سے وابستہ رہے ہیں؟ |

Height 5, 10 قد 72, 1 Weight وزن

Do you use Tobacco, Pan or Alcohol? Yes ☐ ہاں No ☒ نہیں

Specify Quantity _____

کیا آپ تمباکو، پان یا شراب دھرو؟ استعمال کرتے ہیں؟

SECTION 3: MEDICAL DECLARATION (to be completed by proposed employee)

حصہ سوئم: طبی اقرارنامہ (تجویز کردہ اجیر کی طرف سے مکمل کیا جائے گا)

Provide details for any "YES" answers on next page.

"ناں" میں جواب دئے گئے سوالوں کی تفصیل اگلے صفحے پر بیان کیجئے۔

- | | | | |
|--|----------------------------------|---|---|
| 1. Have you ever had any injury, sickness, or ailment, or have you consulted or been treated by a healthcare provider for any reason in the past five years? | Yes <input type="checkbox"/> ہاں | No <input checked="" type="checkbox"/> نہیں | گزشتہ پانچ سالوں کے دوران کیا آپ بھی کسی زخم یا بیمار ہونے کی وجہ سے کسی ڈاکٹر یا معالجے کے پاس زیر علاج رہے؟ |
| 2. Have you ever had:
High Blood Pressure, Heart Disease, Arteriosclerosis, Mental Illness, Stroke, Epilepsy, Cancer, Diabetes, High Cholesterol or Nephritis, Respiratory disease, Renal disease, Hepatitis B or C, Any problem with the back or spine, Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS), AIDS related Complex (ARC) or an immune system disorder? | Yes <input type="checkbox"/> ہاں | No <input checked="" type="checkbox"/> نہیں | کیا آپ کو کبھی بھی مندرجہ ذیل میں سے کوئی بیماری رہی ہے:
ہائی بلڈ پریشر، دل کی بیماری، شریانوں کی بیماری، دماغی مرض، مریگی، کینسر، ذیابیطس، ہائی کولیسٹرول
دوسرا: سانس کی بیماری، گردے کی بیماری، سپائٹائٹس یا ایڈز (ایچ آئی وی)، پیچھے یا گردے کا کوئی مسئلہ، قوت مدافعت کی کمی (ایڈز)
ایمونیٹی ڈیفیسی سائینڈرم (AIDS)، AIDS related Complex (ARC) یا ایمنی سسٹم کی کمزوری؟ |
| 3. Are you now unable to work full time because of any disorder or disease? Or during the past 5 years, have you been unable to work for more than 30 consecutive days? | Yes <input type="checkbox"/> ہاں | No <input checked="" type="checkbox"/> نہیں | کیا آپ اب بھی کام کرنے یا بیماری کی وجہ سے کل پچاس ملازمت میں سے زیادہ نہیں ہیں؟
گزشتہ پانچ سالوں کے دوران آپ کا 30 دن تک کام کرنے کے قابل نہیں رہے؟ |
| 4. Do you take regular medication for Treatment or Control of any condition or ailment? | Yes <input type="checkbox"/> ہاں | No <input checked="" type="checkbox"/> نہیں | علاج کے لیے آپ کبھی بھی بیماری کی حالت کو کنٹرول کرنے کے لیے کیا آپ آگے سے دوائی لیتے ہیں؟ |
| 5. Do you contemplate any operation or visit to a doctor for an existing injury or ailment? | Yes <input type="checkbox"/> ہاں | No <input checked="" type="checkbox"/> نہیں | کیا آپ نے کبھی آپ پریشن کر دیا ہے یا بیماری یا زخم ہونے کی صورت میں ڈاکٹر کی طرف رجوع کیا ہے؟ |
| 6. For Females only: Are you pregnant, or have you ever had any gynecological, obstetrical or breast disease / medical condition? | Yes <input type="checkbox"/> ہاں | No <input checked="" type="checkbox"/> نہیں | صرف خواتین کے لیے: کیا آپ حاملہ ہیں، کبھی بھی آپ کو ذیابیطس کی بیماری، سپینڈی بیماری، اور کوئی بھی خرابی رہی ہے؟ |

Injury, Disease, Disorder & Operation زخم، بیماری، بگاڑے، ضابطہ اور سرجری	Month Year مہینہ سال	Duration مدت	Result نتیجہ	Name and Address of Health Care Provider Consulted نام اور پتہ مراکز صحت
Example Road Traffic Accident حادثہ (روڈ ٹریفک ایکسیڈنٹ)	January, 2001 جنوری - 2001	3 Days Hospitalization ۳ دن داخلہ ہسپتال	Fracture of Radius ریڈیئس ہڈی کا ٹوٹنا	Dr. Saleem, AKUH, Karachi ڈاکٹر سلیم - آغا خان یونیورسٹی ہسپتال - کراچی

Authorization and Declaration by the Employee Please read and sign below:

I hereby certify that all answers to questions appearing on this form are true and complete to the best of my knowledge and belief.

For Underwriting and claim process, I give my permission to: Any physician or other medical practitioner, hospital, clinic, other medical or medically related facility, takaful / insurance company, or employer to give Pak-Qatar Family Takaful Limited or its authorised representative ALL INFORMATION on my behalf including copies of records with reference to any sickness, accidental disability, treatment, examination, medical investigation, advise or hospitalization underwent. I hereby apply for the Family Takaful coverage under the terms and conditions of the master Participant Membership Document. In case, if the basis of coverage is Contributory, I certify that I shall pay the contribution mentioned above to the participant discontinuation of which terminates my takaful cover automatically. In case however, if the basis of coverage is Non-contributory, I certify and know that the discontinuance of Takaful Contribution by the participant on my behalf to the Takaful Company will terminate my Family Takaful cover automatically.

شریک کفالت کی طرف سے اختیارات نامہ اور وضاحت: برائے مہربانی اسے پڑھیں اور ذیل میں دستخط کیجئے:

میں یہاں اس بات کی تصدیق کرتا ہوں کہ اس فارم میں تمام سوالات کے جوابات میری معلومات کے مطابق درست اور مکمل ہیں۔ انڈر رائٹنگ اور کلیم کے مقاصد کے لئے میں کسی بھی ڈاکٹر یا طبی ماہر، ہسپتال، کلینک، دیگر طبی مرکز یا میڈیکل سے وابستہ سہولت، کفالت ادارہ کو اپنی یا آپر کو اس بات کی اجازت دیتا ہوں کہ وہ پاک فامیل تافل لمیٹڈ یا اس کے مجاز نمائندے کو میری طرف سے تمام معلومات بشمول بیماری، حادثہ، معذوری، علاج، معالجہ، میسٹ، طبی تفتیش، مشورہ یا ہسپتال میں داخلہ سے متعلق ریکارڈ وغیرہ کی نقل فراہم کرے۔ میں نے یہاں ماسٹر پارٹنر براؤن شریک کفالت کی شرائط و ضوابط کے تحت کفالت کی سہولت کے لئے درخواست دی ہے۔ اگر کفالت کو رکن کی بنیاد رعاہد کی شراکت داری پر ہے تو میں اس بات کی تصدیق کرتا ہوں کہ مذکورہ بالا شریک کفالت کو رعاہد کی ادائیگی کروں گا، اس کی عدم ادائیگی میری کفالت سہولت کو از خود منسوخ کر دے گی۔ لیکن اگر کو رکن کی بنیاد رعاہد میں غیر شراکت داری پر ہوگی تو میں اس بات کی تصدیق کرتا ہوں اور جانتا ہوں کہ میری نیابت میں شریک کفالت کی طرف سے رعاہد کی عدم ادائیگی کی وجہ سے کفالت کئی میری نقل کفالت کی سہولت ختم کر دے گی۔

Date of Statement 09 / 05 / 2024 تاریخ بیان

Date دن Month مہینہ Year سال

Please affix your Signature as on CNIC

برائے مہربانی یہاں وی دھلا کر کریں جو شناختی کارڈ پر لکھے گئے ہیں

Proposed Participant's Signature مجوزہ شریک کفالت کے دستخط

Declaration by the Policy Holder / Employer

I/We confirm that the information provided above is true to the best of our knowledge, belief and record. I/We agree to provide benefits for the eligible prospects under the Participant's Group Takaful Master Participants Membership Document. I/We understand that such benefits are payable subject to and in accordance with the terms of the Master Participant Membership Document where applicable. I/We agree to deduct the necessary contribution from the earning of the individual covered under the scheme and forward them promptly to Pak-Qatar Family Takaful Limited. This agreement shall cease to operate in respect of any person if he/she ceases to be member/employee of the class/group covered under the Participant Membership Document from the date of such discontinuance or on such earlier date as agreed with the person concerned. In either case, I/We undertake to notify the company accordingly.

آجریا شریک کفالت کی طرف سے وضاحت

میں اہم اتفاق کرتے ہیں کہ مندرجہ بالا فراہم کردہ معلومات، واقعی حقیقی معنوں میں درست ہیں۔ میں اہم اتفاق کرتے ہیں کہ متوجع شریک کفالت کو بنیادی دستاویز برائے گروپ کفالت ممبر شپ کی اہلیت کے تحت ہی تمام فوائد فراہم کیے جائیں۔ میں اہم سمجھتے ہیں کہ تمام کفالت فوائد ماسٹر دستاویز براؤن شریک کفالت کی شرائط و ضوابط کے مطابق (جسٹ لاکو ہوں) قابل ادا ہیں۔ میں اہم اتفاق کرتے ہیں کہ اہم کے تحت انفرادی آمدنی سے ضروری زرقعہاں منہا کیا جائے اور وہ فوراً پاک فامیل تافل کو بھیجا جائے۔ اگر کسی شخص نے بنیادی دستاویز برائے گروپ شریک کفالت ممبر شپ کے تحت گروپ کفالت کی رکنیت اہلازمت ختم کر دیا، جاری نہ رکھنے کی تاریخ سے یا متعلقہ شخص کے ساتھ معاہدے کے تحت اس تاریخ سے بھی پہلے، تو یہ معاہدہ اس شخص کی کفالت رکنیت یا کفالت شراکت داری کو ختم کر دے گا۔ بصورت دیگر میں اہم قواعد کے مطابق اپنی کوآ گاہ کریں گے۔

Date of Statement 09 / 05 / 24 تاریخ بیان

Date دن Month مہینہ Year سال

Please affix official stamp/seal with signature

برائے مہربانی یہاں دفتری مہر لگائیں اور دھلا کیجئے

Employer's Signature آجریا (مالک) کے دستخط

Check List (to ensure timely process):

- ☐ Valid Computerised National Identity Card
- ☐ Copy of past treatment record, if any
- ☐ Copies of last six months lab test, if available

For Office use only:

Receiving date: _____
Decision: _____
Underwriting date: _____