

PAK-QATAR FAMILY TAKAFUL LIMITED  
Health Declaration Questionnaire

یہ فارم شناختی کارڈ کی کاپی کے ہمراہ جمع ہوگا

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

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

والد کا نام / شوہر کا نام

Designation/Grade	Grade 06	Annual Earned Income	Rs - 3,300,000/-
-------------------	----------	----------------------	------------------

**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 ☐ ہاں No ☒ نہیں

2. Do you have involvement (past/present) in political / politico religious activity or any enmity? Yes ☐ ہاں No ☒ نہیں

3. During the last 2 years, have you been involved in any type of hazardous occupation or avocation? Yes ☐ ہاں No ☒ نہیں کیا آپ گزشتہ دو سالوں کے دوران کسی خطرناک پیشے سے وابستہ رہے ہیں؟

Height 5' 1" قد 56 Weight 56 وزن Do you use Tobacco, Pan or Alcohol? Yes ☐ ہاں No ☒ نہیں Specify Quantity \_\_\_\_\_

### 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.

”ماں“ میں جواب دئے گئے سوالوں کی تفصیل اگلے صفحے پر بیان کیجئے۔

I. Have you 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 ☐ ہاں No ☒ نہیں

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?

آپ کبھی بھی مندرجہ ذیل میں سے کوئی بیماری نہ رہی ہے۔  
ہائی بلڈ پریشر، دل کی بیماری، شریانوں کی بیماری، ذہنی مرض، مری،  
دوسرا سانس کی بیماری، گردے کی بیماری، ہیپاٹائٹس بی یا سی (عرقان)، پیچھے یا کمرے کوئی مسئلہ، قوت نہ اُغت کی کمی (ایڈز)  
تفلیاتی بیماری (ARC) یا ایسی کوئی عارضہ؟

Yes ☐ ہاں No ☒ نہیں

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 ☐ ہاں No ☒ نہیں

4. Do you take regular medication for Treatment or Control of any condition or ailment? Yes ☐ ہاں No ☒ نہیں

5. Do you contemplate any operation or visit to a doctor for an existing injury or ailment? Yes ☐ ہاں No ☒ نہیں کیا آپ نے کبھی آپریشن کروایا ہے یا بیمار بننے کی وجہ سے 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 ☐ ہاں No ☒ نہیں



Injury, Disease, Disorder & Operation دھم، بیماری، یا کڑے مسائل کی اور سرجری	Month Year مہینہ سال	Duration مدت	Result نتیجہ	Name and Address of Health Care Provider Consulted نام اور پتہ دہر مرکز صحت
Example Road Traffic Accident (حادثہ) (روڈ ٹریفک ایکسیڈنٹ)	January, 2001 جنوری 2001	3 Days Hospitalization ۳ دن داخل 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 medial 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 تکافل کی طرف سے اختیار نامہ اور وضاحت: برائے مہربانی اس پر پورے 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 میڈیکل یا میڈیکل سے وابستہ سہولت، تکافل / انشورنس کمپنی یا آجڑ کو اس بات کی اجازت دیتا ہوں کہ وہ پاک قطر فیملی تکافل لمیٹڈ یا اس کے مجاز نمائندے کو میری طرف سے تمام معلومات بشمول بیماری، حادثہ، معذوری، علاج، طبی معیت، طبی تفتیش، مشورہ یا ہسپتال میں داخلہ سے متعلق ریکارڈ وغیرہ کی نقول فراہم کرے۔ میں نے یہاں ماسٹر دستاویز برائے شریک تکافل کی شرائط و ضوابط کے تحت فیملی تکافل کی سہولت کے لئے درخواست دی ہے۔ اگر تکافل کوریج کی بنیاد رعاہوں کی شراکت داری پر ہے تو میں اس بات کی تصدیق کرتا ہوں کہ مہرہ والا شریک تکافل کو رعاہوں کی ادائیگی کروں گا، اس کی عدم ادائیگی میری فیملی سہولت کو از خود منسوخ کر دے گی۔ لیکن اگر کوریج کی بنیاد رعاہوں میں غیر شراکت داری پر ہوگی تو میں اس بات کی تصدیق کرتا ہوں اور جانتا ہوں کہ میری حیثیت میں شریک تکافل کی طرف سے رعاہوں کی عدم ادائیگی کی وجہ سے تکافل کمپنی میری فیملی تکافل کی سہولت ختم کر دے گی۔

Date of Statement 04, 09, 2024 تاریخ بیان  
Date دن Month مہینہ Year سال

Please affix your Signature as on CNIC

برائے مہربانی یہاں اپنی دستخط کریں جو شناختی کارڈ پر لگے گئے ہیں  
Proposed Participant's Signature مجوزہ شریک تکافل 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 terms of 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 concern. In either case, I/We undertake to notify the company accordingly.

#### آجڑ یا شریک تکافل کی طرف سے وضاحت

میں / ہم اتفاق کرتے ہیں کہ مندرجہ بالا فراہم کردہ معلومات، واقعی حقیقی معنوں میں درست ہیں۔ میں / ہم اتفاق کرتے ہیں کہ مستحق شریک تکافل کو بنیادی دستاویز برائے گروپ فیملی تکافل ممبر شپ کی اہلیت کے تحت ہی تمام فوائد فراہم کیے جائیں۔ میں / ہم سمجھتے ہیں کہ تمام تکافل فوائد ماسٹر دستاویز برائے شریک تکافل کی شرائط و ضوابط کے مطابق (جہاں لاگو ہوں) قابل ادا ہیں۔ میں / ہم اتفاق کرتے ہیں کہ اسکیم کے تحت انفرادی آمدنی سے ضروری ذریعہ رعاہوں منہا کیا جائے اور وہ فوراً پاک قطر فیملی تکافل کو بھیجا جائے۔ اگر کسی شخص نے بنیادی دستاویز برائے گروپ شریک تکافل ممبر شپ کے تحت مہرہ والا شریک تکافل کی رانیت / ملازمت ختم کر دیا، جاری نہ رہنے کی تاریخ سے یا متعلقہ شخص کے ساتھ معاہدے کے تحت اس تاریخ سے بھی پہلے، تو یہ معاہدہ اس شخص کی تکافل رانیت یا تکافل شراکت داری ختم کر دے گا۔ بصورت دیگر میں / ہم تو اعد کے مطابق پوری کو آگاہ کر رہے ہیں۔

Date of Statement 02, 09, 2024 تاریخ بیان  
Date دن Month مہینہ Year سال

Please affix official stamp/seal with signature

برائے مہربانی یہاں دفتری مہر لگائیں اور دستخط کیجئے  
Employer's Signature آجڑ (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: \_\_\_\_\_



## COVID QUESTIONNAIRE

1. Did you travel or plan to travel to a strongly COVID-19 affected area, region or country?  
Yes ☐  
No ☒  
If yes, please advise in detail about travel locations and exact durations of stay(s)
2. Within the last 14 days did you have close contact with a confirmed or suspected COVID-19 infected person?  
Yes ☐  
No ☒
3. Are/Were you quarantined or have you been advised to self-isolate at home (by authorities/officials, a health care provider, medical staff or a medical advisor or by any other institution) or have you decided on your own to self-isolate yourself?  
Yes ☐  
No ☒  
If yes, please advise about the reason for quarantine or self-isolation
4. Have you been diagnosed (based on a positive COVID-19 test result or based on your symptoms and your personal risk constellation) to have a proven or likely COVID-19 infection?  
Yes ☐  
No ☒
5. Did you ever have a COVID-19 test?  
Yes ☐  
No ☒  
  - If yes, was it negative (i.e. COVID-19 virus was not detected) or was it positive (i.e. you were found to have a COVID-19 infection)?  
Please advise in detail on all testing dates and results.
  - If no, is a COVID-19 test planned/recommended for you?  
Yes ☐  
No ☒
6. Do you currently suffer or did you suffer during the last 14 days from any of the following symptoms:
- |                   |                              |  |
|-------------------|------------------------------|--|
| • Sore throat     | Yes <input type="checkbox"/> | No <input checked="" type="checkbox"/> |
| • Runny nose      | Yes <input type="checkbox"/> | No <input checked="" type="checkbox"/> |
| • Aches and pains | Yes <input type="checkbox"/> | No <input checked="" type="checkbox"/> |
| • Tiredness       | Yes <input type="checkbox"/> | No <input checked="" type="checkbox"/> |

- Fever of 38°C or above Yes ☐ No ☒
- Cough Yes ☐ No ☒
- Shortness of breath Yes ☐ No ☒
- Difficulty breathing Yes ☐ No ☒
- Persistent pressure or pain in your chest Yes ☐ No ☒
- Bluish lips or face Yes ☐ No ☒
- Confusion or inability to arouse Yes ☐ No ☒

7. Have you been admitted to a hospital (or to any other kind of medical or public health institution/unit) whilst you have/had a COVID-19 infection or whilst you are/were suspected to have a possible COVID-19 infection?

Yes ☐

No ☒

If yes, please advise on exact admission period and location(s).

8. Do you work in an occupation where you have a higher risk to get in close contact with COVID-19 patients or with coronavirus contaminated material?

Yes ☐

No ☒

If yes, please advise about your exact occupational duties.

COMPANY NAME: Chip Training & Consulting

PROPOSED MEMBER NAME: Zeeba Tahir Hashmi

PROPOSED MEMBER SIGNATURE: [Signature]

DATE: 04-09-2024

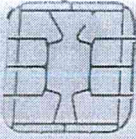




# PAKISTAN National Identity Card

ISLAMIC REPUBLIC OF PAKISTAN

Name  
Zeeba Tahir Hashmi



Father Name  
Tahir Yusuf Hashmi

Gender Country of Stay  
F Pakistan

Identity Number Date of Birth  
37405-0451524-2 23.08.1981  
Date of Issue Date of Expiry  
26.02.2018 26.02.2028



Signature

Holder's Signature



37405-0451524-2  
کینٹ، ضلع لاہور



کینٹ، ضلع لاہور

Usman H. Mooin  
Registrar General of Pakistan

505291340560  
210-81-877636

گمشدہ کارڈ ملنے پر قریبی لیو بکس میں ڈال دیں