



PAK-QATAR FAMILY TAKAFUL  
Together for Better

# PAK-QATAR FAMILY TAKAFUL LIMITED Health Declaration Questionnaire

TO BE SUBMITTED ALONG WITH THE COPY OF CNIC

یہ نام شناختی کارڈ کی کاپی کے ساتھ جمع ہوگا

Employer CHIP Training and Consulting (Pvt) Ltd (آجر) (مالک)  
Contact Person Muhammad Arshad (فرد رابطہ) Designation Senior Manager / CFO عہدہ  
Postal Address CTC House, Plot #1, Street 9, 48-2, Islamabad پتہ Telephone # 051-111-111-920 ٹیلیفون نمبر

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

حصہ اول: برائے شریک عمل (مجوزہ شریک عمل کو پُر کرنا ہے)

Name of Proposed Participant <u>Mehwish Ali</u>	Date of Birth <u>29</u> <u>12</u> <u>1998</u> Date دن Month مہینہ Year سال
Father's Name/Husband's Name <u>Iqbal Ali</u>	والد کا نام شوہر کا نام
Employee's Address <u>CTC House, Plot #1, Street 9, 48-2, Islamabad</u>	Telephone # <u>03411553841</u>
Gender Male <input type="checkbox"/> Female <input checked="" type="checkbox"/>	CNIC # <u>71702-0572063-4</u>
Occupation <u>Employee</u>	Exact Daily Duties روزمرہ ذمہ داری (ڈیوٹی) کی صحیح تفصیل
Date of Joining <u>01</u> <u>02</u> <u>2023</u> Date دن Month مہینہ Year سال	Date of Conformation <u>01</u> <u>02</u> <u>2023</u> Date دن Month مہینہ Year سال
Designation/Grade <u>Assistant Manager Business Development</u>	Annual Earned Income <u>1,800,000/-</u>

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

حصہ دوم: ذاتی معلومات (مجوزہ 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"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	اپنی زندگی کے لیے آپ نے کوئی درخواست دے رکھی ہے (زندگی، حادثہ، صحت) بڑھوتری یا روک دیا گیا ہے؟ اگر ہاں تو برائے مہربانی وضاحت کریں۔
2. Do you have involvement (past/present) in political / politico religious activity or any enmity?	Yes <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	کیا آپ کی کسی سیاسی / مذہبی سرگرمی یا دشمنی سے وابستگی (ابھی یا ماضی میں) ہے؟
3. During the last 2 years, have you been involved in any type of hazardous occupation or avocation?	Yes <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	کیا آپ گزشتہ دو سالوں کے دوران کسی خطرناک پیشے سے وابستہ رہے ہیں؟
Height <u>5</u> <u>4</u> Feet Inch	Weight <u>54</u> Kgs Lbs	Do you use Tobacco, Pan or Alcohol? Yes <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Specify Quantity

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

حصہ سوم: طبی اقرار نامہ (مجوزہ کردہ اجیر کی طرف سے مکمل کیا جائے گا)

Provide details for any "YES" answers on next page.		
1. 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 <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	1. گزشتہ پانچ سالوں کے دوران کیا آپ کو کسی زخم یا بیماری یا صحت کے مسئلے کا علاج یا دوا مل چکی ہے؟
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"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	2. کیا آپ کو کبھی بھی مندرجہ ذیل میں سے کوئی بیماری رہی ہے: ہائی بلڈ پریشر، دل کی بیماری، شریانوں کی بیماری، ذہنی مرض، دماغی مرض، گردی، کینسر، ذیابیطس، ہائی کولیسٹرول، وائرس، سانس کی بیماری، گردے کی بیماری، ہیپاٹائٹس بی یا سی (جرقان)، پیچھے یا گردے کی مسئلہ، قوت مدافعت کی کمی (ایڈز)، نقصانی بیماری (ARC) یا ایمنی کی کمی؟
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"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	3. کیا آپ ابھی کسی عارضے یا بیماری کی وجہ سے مکمل وقت کی ملازمت پر قادر نہیں ہیں؟ یا گزشتہ پانچ سالوں کے دوران آپ 30 دنوں 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"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	4. علاج کے لیے یا کسی بھی بیماری کی حالت کو کنٹرول کرنے کیلئے کیا آپ باقاعدگی سے دوا لیتے ہیں؟
5. Do you contemplate any operation or visit to a doctor for an existing injury or ailment?	Yes <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	5. کیا آپ نے کبھی آپریشن کرنا یا ڈاکٹر کے پاس ہونے کی ضرورت 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"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	6. صرف خواتین کے لیے: کیا آپ حاملہ ہیں، یا کبھی بھی آپ کو جینکائی کی بیماری، میمنہ کی بیماری، یا دیگر طبی حالتیں رہی ہیں؟



### Example

شریکِ تکافل کی طرف سے اختیار نامہ اور وضاحت:  
برائے مہربانی اسے پڑھئے اور ذیل میں دستخط کیجئے:

میں یہاں اس بات کی تصدیق کرتا ہوں کہ اس خاص میں تمام حالات کے جوابات میری معلومات کے مطابق درست اور مکمل ہیں۔ انڈرائٹنگ اور ٹیکس کے مقاصد کے لئے میں کسی بھی ڈاکٹر یا مہاجر، ہسپتال، ٹیکس، دیگر میڈیکل یا میڈیکل سے وابستہ سہولت، یا کھلی / انٹرنیشنل کینیڈا کے آجروں اس بات کی اجازت دیتا ہوں کہ وہ پاک تھریٹس کی کھلی / انٹرنیشنل کے کینیڈا کے کوریئر طرف سے تمام معلومات بشمول بیماری، حادثہ، مددکاری، علاج، جانچ، ٹیسٹ، طبی تشفی، مشورہ یا ہسپتال میں داخلہ سے متعلق ریکارڈ وغیرہ کی نقل فراہم کرے۔ میں نے یہاں مارنوسٹووز برائے شریک کھلی کی شراکت و شراکت کے تحت کھلی کھلی کی سہولت کے لئے درخواست دی ہے۔ اگر کھلی کھلی کی فیڈرز تعاون کی شراکت داری پر ہے تو میں اس بات کی تصدیق کرتا ہوں کہ مذکورہ بالا شریک کھلی کھلی کو تعاون کی ادائیگی کروں گا، اس کی تمام ادائیگی میری کھلی کھلی کو اخروہ منوعہ کر دے گی۔ لیکن اگر کھلی کھلی کی فیڈرز تعاون میں غیر شراکت داری پر ہوگی تو میں اس بات کی تصدیق کرتا ہوں کہ اس بات کو اجازت ہوں کہ میری خیانت میں شریک کھلی کھلی کی طرف سے ذمہ داری کی عدم ادائیگی کی وجہ سے کھلی کھلی پر کھلی کھلی کی سہولت ختم کر دے گی۔

Please affix your Signature as on CNIC

ہدائے مہربانی یہاں وہی دستخط کریں جو شناختی کارڈ پر کئے گئے ہیں

Proposed Participant's Signature مکوزہ شرک کے دستخط

آجریا شریک تکافل کی طرف سے وضاحت

میں اہم اتفاق کرتے ہیں کہ مندرجہ بالا افراد ہم معلومات، واقعاتی معقول حصول میں درست ہیں۔ میں اہم اتفاق کرتے ہیں کہ مکتوب تحریک کا نکل کو بنیادی دستاویز برائے گروپ فیصلہ کنی کا ممبر شپ کی اہلیت کے تحت ہی تمام فوائد فراہم کیے جائیں۔ میں اہم سمجھتے ہیں کہ تمام کا نکل کو بنیادی دستاویز برائے شریک کا نکل کی شرائط و ضوابط کے مطابق (جہاں लागوں) قابل ادا ہیں۔ میں اہم اتفاق کرتے ہیں کہ انکم کے تحت انفرادی آمدنی کے ضروری رد و تحوان سنبھا کیا جائے اور وہ فراہم یا یک قطری فیصلہ کنی کا نکل کو سنبھا جائے۔ اگر کسی شخص نے بنیادی دستاویز برائے گروپ شرعہ کا نکل ممبر شپ کے تحت سربم پھانسی کی رکنیت، الامازت کو ختم کر دیا، جاری نہ کر سکے یا تاریخ سے استعفاء شخص کے ساتھ معاہدے کے تحت اس تاریخ سے پہلے ہی تو معاہدہ اس شخص کی کا نکل رکنیت کا نکل شرکت اداری کو ختم کر دے۔ بصورت دیگر میں اہم فوائد کے مطابق کینیڈا کا گھر کرے۔

Please affix official stamp/seal with signature

برائے مہربانی یہاں دفتری مہر لگائیے اور دستخط کیجئے

Employer's Signature \_\_\_\_\_ آخر (مالک) کے دستخط



## For Office use only:

- Receiving date: \_\_\_\_\_
- Decision: \_\_\_\_\_
- Underwriting date: \_\_\_\_\_