



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 فارم شناختی کارڈ کی کاپی کے ساتھ جمع ہوگا

Employer CHIP Training and Consulting (آجر (مالک)
Contact Person M. Arshad فرورابطہ Designation Senior Manager / CFO عہدہ
Postal Address CIC House, Plot #1, Stage 9, 8/2, 1st پتہ Telephone # 051-111-111-920 ٹیلیفون نمبر

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

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

Name of Proposed Participant <u>MUHAMMAD AFZAL</u>	مجوزہ شریک ٹاکفل کا نام	Date of Birth <u>11/03/1971</u>	تاریخ پیدائش
Father's Name/Husband's Name <u>G. HULAM NABI</u>	والد کا نام / شوہر کا نام	Employee's Address <u>H# 17/3, St# 3, Affandicolony, Sadarabad, Rawalpindi</u>	ٹیلیفون نمبر <u>03335291972</u>
Gender Male <input checked="" type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/>	CNIC # <u>34402-1655668-3</u>	Marital Status <u>MARRIED</u>	ازدواجی حیثیت
Occupation <u>ASST. F.M</u>	Exact Daily Duties <u>FINANCE & ACCOUNTS DEPT.</u>	Date of Joining <u>04/16/2024</u>	Employee ID #
Designation/Grade <u>ASST. F.M</u>	Annual Earned Income <u>1.8M</u>	Date of Conformation <u>04/16/2024</u>	ایگری کی ملازمت کا شناخت نمبر

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

حصہ دوم: ذاتی معلومات (مجوزہ کردہ ایگری 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) جو مسترد کر دی گئی ہو، تاخیر کر دی گئی ہو یا خصوصی شرائط پر منظور کر لی گئی ہو؟ اگر ہاں تو براہ 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 کسی سیاسی / مذہبی سرگرمی یا دشمنی سے وابستگی (ابھی یا ماضی میں) رکھتے ہیں؟
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>5'10"</u>	Weight <u>90kg</u>	Do you use Tobacco, Pan or Alcohol? Yes <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>

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

حصہ سوم: طبی اقرارنامہ (مجوزہ کردہ ایگری کی طرف سے مکمل کیا جائے گا)

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

"ہاں" میں جواب: بے گئے سوالوں کی تفصیل اگلے صفحے پر بیان کیجیے۔

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 کسی زخمی یا بیمار ہوئے، یا کسی طبی وجہ سے کسی ڈاکٹر یا طبی مرکز کے پاس زمرعانہ 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"/> 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، روحانی مرض، مرگی، کینسر، ذیابیطس، اپنی کوئیسٹروئل، دماغ / سانس کی بیماری، گردے کی بیماری، ہیپاٹائٹس بی یا سی (ہیپاٹائٹس)، پیچھے کی کمر کا کوئی مسئلہ، قوت مدافعت کی کمی (ایڈز)، نفاذاتی بیماری (ARC) یا امیونٹی 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"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	3. کیا آپ ابھی کسی عارضے یا بیماری کی وجہ سے کل وقتی 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 طبی بیماری کی حالت کو کنٹرول کرنے کے لیے 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 آپ پریش کر دیا ہے یا بیماری یا زخمی 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"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	6. صرف خواتین کے لیے: کیا آپ حاملہ ہیں، یا کبھی بھی آپ کو بچہ کی بیماری، سیکس کی بیماری، یا کوئی طبی خرابی رہی ہے؟

Injury, Disease, Disorder & Operation زخم، بیماری، باگ اور بے مضابطگی اور سرجری	Month Year مہینہ سال	Duration مدت	Result نتیجہ	Name and Address of Health Care Provider Consulted نام اور پتہ مرکز طبی صحت
Example Road Traffic Accident (حادوث (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 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 تکفل کی طرف سے اختیار 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۔ اس طرح رائلٹنگ اور ٹیکم کے مقاصد کے لئے میں کسی بھی ڈاکٹر یا طبی ماہر، ہسپتال، کلینک، دیگر میڈیکل یا میڈیکل سے وابستہ سہولت، تکفل / انشورنس کمپنی یا آجر 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 معالجہ، ٹیسٹ، طبی تفتیش، مشورہ یا ہسپتال میں داخلے سے متعلق ریکارڈ وغیرہ کی نقول فراہم کرے۔ میں نے یہاں ماسٹر دستاویز برائے شریک تکفل کی شرائط و ضوابط کے تحت فیملی تکفل کی سہولت کے لئے درخواست دی ہے۔ اگر تکفل کو رکن کی بنیاد پر تعاون کی شراکت داری پر ہے تو میں اس بات کی تصدیق کرتا ہوں کہ مذکورہ بالا شریک تکفل کو ذمہ داری کی ادائیگی کروں گا، اس کی عدم ادائیگی میری فیملی سہولت کو خود منسوخ کر دے گی۔ لیکن اگر رکن کی بنیاد پر تعاون میں غیر شراکت داری پر ہوگی تو میں اس بات کی تصدیق کرتا ہوں اور جانتا ہوں کہ میری نیابت میں شریک تکفل کی طرف سے ذمہ داری کی عدم ادائیگی کی وجہ سے تکفل کٹنی میری فیملی تکفل کی سہولت ختم کر دے گی۔

Date of Statement

22 / 10 / 24
Date دن Month مہینہ Year سال

تاریخ بیان

Please affix your Signature as on CNIC

(Signature)

Proposed Participant's Signature

مجوزہ شریک تکفل کے دستخط

برائے مہربانی یہاں دستخط کریں جو شناختی کارڈ پر لکھے گئے ہیں

Declaration by the Policy Holder / Employer

آجر یا شریک تکفل کی طرف سے وضاحت

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 concerned. In either case, I/We undertake to notify the company accordingly.

میں اہم اتفاق کرتے ہیں کہ مندرجہ بالا فراہم کردہ معلومات، واقعی حقیقی معنوں میں درست ہیں۔ میں اہم اتفاق کرتے ہیں کہ متعلقہ شریک تکفل کو بنیادی دستاویز برائے گروپ فیملی تکفل ممبر شپ کی اہلیت کے تحت ہی تمام فوائد فراہم کیے جائیں۔ میں اہم سمجھتے ہیں کہ تمام تکفل فوائد ماسٹر دستاویز برائے شریک تکفل کی شرائط و ضوابط کے مطابق (جہاں لاگو ہوں) قابل ادا ہیں۔ میں اہم اتفاق کرتے ہیں کہ اہم کے تحت انفرادی آمدنی سے ضروری ذمہ داری منہا کیا جائے اور وہ فوراً پاک قطر فیملی تکافل کو بھیجا جائے۔ اگر کسی شخص نے بنیادی دستاویز برائے گروپ شریک تکفل ممبر شپ کے تحت گروپ یا کلاس کی رکنیت ملازمت کو 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 تکفل رکنیت یا تکفل شراکت داری کو ختم کر دے گا۔ بصورت دیگر میں اہم کو اہم کے مطابق کٹنی کو آگاہ کریں گے۔

Date of Statement

22 / 10 / 24
Date دن Month مہینہ Year سال

تاریخ بیان

Please affix official stamp/seal with signature

(Signature)

Employer's Signature

آجر (ماک) کے دستخط

برائے مہربانی یہاں برقی ہر گاہ سے اور دستخط کیجئے



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: _____