

Health Declaration Questionnaire

Ref # _____

TO BE SUBMITTED ALONG WITH THE COPY OF CNIC

یہ فارم شناختی کارڈ کی کاپی کے ساتھ پیش کرنا ہوگا

Employee: Chip Training & Consulting Pvt Ltd (آپ کا نام)

Contact Person: _____ Designation: _____ عہدہ

Postal Address: _____ Telephone #: _____ نیٹیفکیشن نمبر

SECTION 1: EMPLOYEE (to be completed by proposed employee) حصہ اول: برائے شریک تھانفل (مجوزہ شریک تھانفل کو پُر کرنا ہے)

Name of Proposed Participant: Victor John Dsouza مجوزہ شریک تھانفل کا نام Date of Birth: 30/12/1981 تاریخ پیدائش

Father's Name/Husband's Name: Agnello Dsouza (late) والد کا نام

Employee's Address: H# 7-1/47 Toghi Road Quetta ایئر کا پتہ Telephone #: 0300 3826883 نیٹیفکیشن نمبر

Gender: Male ☒ Female ☐ CNIC #: 54400-5768659-1 کیپٹر ٹرانزیشن کارڈ نمبر Marital Status: Married ازدواجی حیثیت

Occupation: Private Exact Daily Duties: _____ روزمرہ ذمہ داری (ڈیوٹی) کی تفصیل

Date of Joining: 24/02/2018 تقرری کی تاریخ Date of Confirmation: _____ نوکری میں مستقل ہونے کی تاریخ Employee ID #: _____ ایئر کی ملازمت کا شناختی نمبر

Designation/Grade: Project Coordinator عہدہ/درجہ Annual Earned Income: 1800,000/- سالانہ آمدنی

SECTION 2: PERSONAL INFORMATION (to be completed by proposed employee) حصہ دوم: ذاتی معلومات (تجویز کردہ ایئر 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 ☐ No ☒ اپنی زندگی کے لیے آپ نے کوئی درخواست دے رکھی ہے (زندگی، حادثہ، صحت) جو مسترد کر دی گئی ہو یا تاخیر کر دی گئی ہو یا یکم خاص شرائط پر منظور کر لی گئی ہو؟ اگر ہاں تو براے مہربانی وضاحت کریں۔

2. Do you have involvement (past/present) in political / politico religious activity or any enmity? Yes ☐ No ☒ کیا آپ کسی سیاسی / مذہبی سرگرمی یا دشمنی سے وابستگی (ایک یا دوسری میں) رکھتے ہیں؟

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

Height: 5'11" Weight: 92 Do you use Tobacco, Pan or Alcohol? Yes ☐ No ☒ کیا آپ تباکو، پان یا شراب وغیرہ استعمال کرتے ہیں؟

SECTION 3: MEDICAL DECLARATION (to be completed by proposed employee) حصہ سوم: طبی اقرارنامہ (تجویز کردہ ایئر 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 ☐ No ☒ گندھیدہ پانچ سالوں کے دوران کیا آپ کسی زخمی یا بیمار ہوئے، یا کسی بھی وجہ سے کسی ڈاکٹر یا صالغ کے پاس زہر ملائے رہے؟

2. Have you ever had high Blood Pressure, Heart Disease, Arteriosclerosis, Mental Illness, Stroke, Epilepsy, Cancer, Diabetes, High Cholesterol or Nephritis, Respiratory disease, Hereditary Diseases, 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 ☐ No ☒ کیا آپ کبھی بھی مندرجہ ذیل میں سے کوئی بیماری رکھتے ہیں: ہائی بلڈ پریشر، دل کی بیماری، دماغی مرض، مری، کینسر، ذیابیطس، اپنی کوئلہ، وائرس، دماغی بیماری، گردے کی بیماری، ہائی چولیسٹرول، نپھریٹس، تنفسی بیماری، وراثی بیماری، B یا C، ہڈی یا پیچھے کی کوئی مسئلہ، قوت واداعت کی کمی (ایڈز)، نقصان دہ بیماری (ARC) یا ایمنیاتی نظام کی بیماری؟

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 ☐ No ☒ کیا آپ اب بھی کسی عارضی یا دائمی بیماری کی وجہ سے مکمل ملازمت سے قاصر ہیں؟ یا گندھیدہ پانچ سالوں کے دوران آپ لگاتار 30 دنوں تک کام کرنے سے قاصر رہے ہیں؟

4. Do you take regular medication for Treatment or Control of any condition? Yes ☐ No ☒ علاج کے لیے آپ کسی بھی 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 ☐ No ☒ کیا آپ نے کبھی آپ پر پٹن کرنا یا آپ کی 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 ☐ No ☒ صرف خواتین کے لیے: کیا آپ حاملہ ہیں یا کبھی بھی آپ کو زخمی کی بیماری یا زخمی ہونے کی صورت میں ڈاکٹر کی طرف رجوع کیا ہے؟

Injury, Disease, Disorder & Operation آسیب، بیماری، اختلال اور عملیات	Month Year ماہ سال	Duration مدت	Result نتیجہ	Name and Address of Health Care Provider Consulted نام اور پتہ طبی مراعاتی فراہم کنندہ
Example: Road Traffic Accident (جانبی حادثہ) (ریڈیو گرافک رپورٹ)	January, 2001 جنوری 2001	3 Days Hospitalization 3 دن داخلہ ہسپتال	Fracture of Radius ریڈیئس ہڈی کا ٹوٹنا	Dr. Saleem, AKUH, Karachi ڈاکٹر سلیم - ڈاکٹر خان بھٹی پورٹی 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 کا نقل کی طرف سے التفات نامہ اور وصاقت معاذ اللہ! میں نے اس سے اپنے لئے درج ذیل میں دستخط کیے

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 یا میڈیکل سے وابستہ سہولت، انتقال، انشورنس کمپنی یا آجر کو اس بات کی اجازت دیتا ہوں کہ وہ پاک قطر فیملی تکافل لیمیٹڈ یا اس کے مجاز نمائندے کو میری طرف سے تمام معلومات بشمول بیماری، معاذ، معذور، علاج، معالجہ، ٹیسٹ، طبی تحقیق، مشورہ یا ہسپتال میں داخلے سے متعلق ریکارڈ وغیرہ کی نقل فراہم کرے۔ میں نے یہاں ماسٹر دستاویز پر اسے شریک کا نقل کی شراکت و صوابہ کے تحت فیملی کا نقل کی سہولت کے لئے درخواست دی ہے۔ اگر کا نقل کو رائج کی بنیاد پر تعاون کی شراکت داری پر ہے تو میں اس بات کی تصدیق کرتا ہوں کہ وہ لا شریک کا نقل کو رائج کی بنیاد پر تعاون کی شراکت داری پر ہوگی۔ اگر کو رائج کی بنیاد پر تعاون میں غیر شراکت داری پر ہوگی تو میں اس بات کی تصدیق کرتا ہوں اور جانتا ہوں کہ میری بیعت میں شریک کا نقل کی طرف سے تعاون کی عدم ادائیگی کی وجہ سے کا نقل نہیں میری فیملی کا نقل کی سہولت ختم کرے گی۔

Date of Statement

24 / 01 / 2025
Date دن Month ماہ Year سال

تاریخ بیان

Please affix your Signature as on CNIC

معاذ اللہ! میں نے اس سے اپنے لئے درج ذیل میں دستخط کیے

Proposed Participant's Signature

مجوزہ شریک کا نقل کے دستخط

Declaration by the Policy Holder / Employer

آجر یا شریک کا نقل کی طرف سے وصاقت

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 / ہم اتفاق کرتے ہیں کہ مندرجہ بالا فراہم کردہ معلومات، واقعی حقائق معنوں میں درست ہیں۔ میں / ہم اتفاق کرتے ہیں کہ متوجع شریک کا نقل کو بنیادی دستاویز پر اسے گروپ فیملی کا نقل ممبر شپ کی اہلیت کے تحت ہی تمام فوائد فراہم کیے جائیں۔ میں / ہم سمجھتے ہیں کہ تمام کا نقل فوائد ماسٹر دستاویز پر اسے شریک کا نقل کی شراکت و صوابہ کے مطابق (جہاں لاگو ہوں) قابل ادائیگی ہیں۔ میں / ہم اتفاق کرتے ہیں کہ انکم کے تحت انفرادی آمدنی سے ضروری ذریعہ تعاون منہا کیا جائے اور وہ فوراً پاک قطر فیملی تکافل کو بھیجا جائے۔ اگر کسی شخص نے بنیادی دستاویز پر اسے گروپ شراکت و صوابہ ممبر شپ کے تحت گروپ کا نقل کی رکنیت اہلازمہ 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 کا نقل رکنیت یا کا نقل شراکت داری ختم کر دے گا۔ بصورت دیگر میں / ہم قواعد کے مطابق کو آگاہ کر رہے ہیں۔

Date of Statement

1 / 1
Date دن Month ماہ Year سال

تاریخ بیان

Please affix official stamp/seal with signature

معاذ اللہ! میں نے اس سے اپنے لئے درج ذیل میں دستخط کیے

Employer's Signature

آجر (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: _____