

Section I: Particulars of Proposed Participant (in Block Letters)

پہلا حصہ: مجوزہ شریک بحال کی معلومات

Name (as per CNIC)		نام (قومی شناختی کارڈ کے مطابق)	
Father / Husband Name		باپ / شوہر کا نام	
Date of Birth	تاریخ پیدائش	Place of Birth	پیدائش کی جگہ
Gender	جنس	Male <input type="checkbox"/> مرد	Female <input type="checkbox"/> عورت
CNIC	قومی شناختی کارڈ نمبر		
Marital Status	ازدواجی حیثیت	Religion	مذہب
Single <input type="checkbox"/> غیر شادی شدہ	Married <input type="checkbox"/> شادی شدہ	Nationality	قومیت
Divorced <input type="checkbox"/> طلاق یافتہ	Widowed <input type="checkbox"/> یتیم	Occupation / Designation	پیشہ / عہدہ
Title & Address of Business			
Office Contact No.	آفس کا فون نمبر	Mobile No.	موبائل نمبر
E-mail Address	ای میل ایڈریس		
Residential Address	گھر کا پتہ		
City		شہر	

Bank Account Details

بینک اکاؤنٹ کی تفصیلات

Account Title	اکاؤنٹ کا نام	Bank Code	بینک کوڈ	Branch Code	برانچ کوڈ	Bank Name	بینک کا نام
						Account No.	اکاؤنٹ نمبر

Participant's Address (Tick your preference for correspondence)

Office address آفس کا پتہ

Residential address گھر کا پتہ

Section 2: Takaful Plan Details (Refer to Illustration)

دوسرا حصہ: بحال پلان کی تفصیلات (اسٹریٹیشن ملاحظہ فرمائیں)

Takaful Plan	Budget <input type="checkbox"/> بجٹ	Economy <input type="checkbox"/> معیاری	Face Value	جمعی قدر	Room and Board Limit	Contribution Amount	زیر بحال کی رقم
Silver <input type="checkbox"/> سلور	Gold <input type="checkbox"/> گولڈ	Platinum <input type="checkbox"/> پلائٹیم					

Section 3: Additional Benefits

تیسرا حصہ: اضافی فوائد

<input type="checkbox"/> Maternity Benefit	بیماری کے فوائد	Benefit Amount	فوائد کی رقم	<input type="checkbox"/> Critical Illness	بیمیدہ امراض	Benefit Amount	فوائد کی رقم
--	-----------------	----------------	--------------	---	--------------	----------------	--------------

Section 4: Medical Declaration

چوتھا حصہ: صحت کے حوالے سے معلومات

Provide details for any "Yes" answers.

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? ہاں نہیں
 کیا آپ کو پچھلے پانچ سالوں میں کوئی زخم، بیماری، یا بیماری سے کسی ہسپتال/کلینک/ادارے سے مشورہ لیا یا علاج کروایا؟
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 your spine, Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS), AIDS related Complex (ARC) or an Immune System Disorder? ہاں نہیں
 کیا آپ کو کبھی بھی ہائی بلڈ پریشر، دل کی بیماری، بصری یا ذہنی بیماری، دماغی بیماریاں، ہڑوک، مرگی، کینسر، بخور، کولیسٹرول کی بیماری، گردے کی بیماری، سانس کی بیماری، کالایا، ہیپاٹائٹس، ہارن، ریڑھ کی ہڈی کا کوئی مسئلہ، ایڈز، ایڈز سے متعلق دیگر مسائل یا قوت مدافعت ختم ہونے کے مسائل توجہ نہیں آئے؟
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? ہاں نہیں
 کیا آپ کو کسی بیماری یا معذوری کی وجہ سے ایسی حالت تو درپیش نہیں جس کی وجہ سے آپ مکمل طور پر کام کرنے کے قابل نہ ہوں؟ یا پچھلے پانچ سالوں میں کوئی ایسی صورت حال پیش آئی جس کی وجہ سے آپ 30 یا اس سے زائد دن کام کرنے کے قابل نہ رہے ہیں؟
4. Do you take regular medication for Treatment or Control of any condition or ailment? ہاں نہیں
 کیا آپ کسی بیماری کے علاج، کسی بیماری یا طبی حالت کو کنٹرول کرنے کیلئے باقاعدگی سے کوئی دوا استعمال کرتے ہیں؟
5. Do you contemplate any operation or visit to a doctor for an existing Injury or ailment? ہاں نہیں
 کیا آپ نے کبھی کوئی آپریشن کروانا یا کسی زخم یا طبی حالت کی وجہ سے کسی ڈاکٹر سے مشورہ کیا؟
6. **For Females only:** Are you pregnant, or have you ever had any Gynecological, obstetrical or breast disease / medical condition? If pregnant, for how many months ہاں نہیں
 ۱۔ صرف خواتین کیلئے: کیا آپ حاملہ ہیں یا کبھی آپ کو امراض نسوان یا زچگی اور چھاتی کے امراض یا طبی حالت لاحق ہوئی اگر حاملہ ہیں تو کتنے ماہ کا حاملہ ہے؟

Injury, Disease, Disorder & Operation	زخم، بیماری، معذوری اور آپریشن	Month & Year	مہینہ اور سال	Duration	مدت	Result	نتیجہ	Name and address of Health care Provider Consulted	مشاورت یا علاج مہیا کرنے والے ادارے کا نام اور پتہ

Section 5: Nominee(s) (In case of participant's death during hospitalization)

پانچواں حصہ: نامزد فرد

Full Name	پورا نام	Age	عمر	CNIC Number	شناختی کارڈ نمبر	Relationship with Proposed Participant	شریک کے ساتھ رشتہ	Share (%)	حصہ
				Issuance Date: Expiry Date					
Residential Address				Mobile No.	گھر کا پتہ				

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

شریک بحال کی طرف سے اقرار نامہ اور اجازت نامہ

I, hereby certify that all answers to questions appearing on this form are true and complete to the best of my knowledge and belief. I am also aware that subject to the term of acceptance of my coverage, this declaration & authorization together with the Participant Membership Document (PMD) shall form the contract between participant and Takaful Service Provider

میں اس بات کا اقرار کرتا ہوں کہ اس فارم میں پوچھے گئے تمام سوالات کے جوابات میرے علم اور یقین کے مطابق مکمل اور درست ہیں۔ مجھے اس بات کا بھی علم ہے کہ میری کوریج کی شرائط و ضوابط کے حوالے سے، میری طرف سے دی گئی وضاحت و اجازت نامہ اور اپنی ایم ڈی کے ذریعے شریک اور بحال کی خدمات فراہم کرنے والے ادارے کے درمیان ایک معاہدہ ترتیب دیا گیا ہے۔

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 Authorized representative. ALL INFORMATION on my behalf including copies of records with reference to any sickness, accidental disability, treatment, examination medical investigation, advice or hospitalization underwent.

انڈر رائٹنگ اور کیم کے لیے، میں کسی بھی معالج، ہسپتال، کلینک، طبی سہولیات مہیا کرنے والے ادارے، بحال انشورنس کمپنی یا ادارے کو پاک قطر ٹیکافل لیمیٹڈ یا اس کے مفوض نامزد کردہ مطلوبہ تمام معلومات بشمول کسی بھی کمزوری، حادثہ کی وجہ سے ہونے والی معذوری، علاج، طبی تفتیش، مشورہ یا ہسپتال میں داخلگی کے نقل فراہم کرنے کی اجازت دیتا/ دیتی ہوں۔ میری جانب سے بیان کردہ مذکورہ بالا تفصیلات کو غلطیوں یا غلط فہمیوں کو بحال لیمیٹڈ کو میرا اکتیو کرنے کا اختیار ہے۔

If any of this above mentioned information declared by me is found incorrect, PQFTL has the right to regret my claim.

Date of Statement Signature of Proposed Participant (as per CNIC) Signature of Proposer (as per CNIC) Signature of Witness