



Section 01: Policy Details

Policy / Membership Number	پالیسی / ممبر شپ نمبر
Name of Participant / Covered Person	شریک بحال کا نام
Computerized National ID Card Number CNIC	کمپیوٹرائزڈ قومی شناختی کارڈ نمبر

Section 02: Event Detail

Type of Event (death/disability/other):	واقعہ کی نوعیت (وفات / معذوری / دیگر)	Cause of Event (natural/unnatural)	واقعہ کی وجہ
Location/Place of event	جائے وقوع	Duration of Illness/Sickness	بیماری کا دورانیہ
Date of Event	واقعہ تاریخ		
Please describe the event information/detail:		برائے مہربانی واقعہ کی تفصیل فراہم کریں	

Section 03: Beneficiary Information/Detail

Name: (designated by the participant)	نام (جو شریک بحال کی جانب سے تجویز کیا گیا تھا)	Relationship with the participant	شریک بحال سے رشتہ
Computerized National ID Card Number CNIC	کمپیوٹرائزڈ قومی شناختی کارڈ نمبر	Duration of Illness/Sickness	بیماری کا دورانیہ
Cell Number (01): (active)	موبائل نمبر-01 (فعال)	Cell Number (02): (active)	موبائل نمبر-02 (فعال)
Email Address	ای میل کا پتہ	Office Contact Number: (if any)	آفس کا رابطہ نمبر۔ اگر ہو تو
Occupation:			پیشہ
Current Residential Address			موجودہ رہائش کا پتہ
Current Correspondence Address: (If other than residential address)			موجودہ خط و کتابت کا پتہ اگر رہائشی پتہ کے علاوہ ہو

DECLARATION AND AUTHORIZATION:

I/We hereby declare that all the information provided above are correct and true, and if any changes are made during the term of claim settlement, then the same shall be intimated to PQFT forthwith.

میں اس بات کا اقرار کرتا ہوں کہ اوپر دی گئی معلومات بالکل صحیح اور درست ہیں، اگر کلمیم اداہنگی کی مدت کے دوران کوئی تبدیلی ہوگی تو پاک قطر کو فوراً اس کی اطلاع کردی جائے گی۔

I am enclosing the following document(s):			میں مندرجہ ذیل دستاویزات ساتھ منسلک کر رہا ہوں:
Copy of Death Certificate - NADRA (mandatory) <input type="checkbox"/>	نادرا کاڈیٹھ سرٹیفکیٹ (لازمی) <input type="checkbox"/>		
Copy of CNIC (mandatory) <input type="checkbox"/>	قومی شناختی کارڈ کی کاپی (لازمی) <input type="checkbox"/>		
Others (if any) <input type="checkbox"/>	دیگر (اگر ہو تو) <input type="checkbox"/>		
		DD / MM / YYYY Date of Statement	اطلاع کی تاریخ
		Signature (Nominee/Beneficiary)	دستخط (نامزد وارث / مستفید)