

To be completed by the **eligible Employee** only

Please be informed that complete medical history should be disclosed in this form. please note that if a pre existing medical condition(s) not disclosed, PQFT will always reserve the right to decline the claim directly or indirectly relating to it.

Group Health Takaful Coverage for each proposed Individual Covered shall only be effective on written notification from Pak-Qatar Family Takaful Limited after receipt of this Questionnaire.

Title of Participant (company)		شریک تکافل کا نام:	
Name of Employee	ملازم کا نام	Employee No	ملازمت کا نمبر
CNIC Number	قومی شناختی کارڈ نمبر	Date of Birth	تاریخ پیدائش
Exact Daily Duties	روزمرہ کی ذمہ داریاں	Designation	عہدہ
Residential Address	گھر کا پتہ		
Residence Phone	گھر کا فون نمبر	Office Phone	افسان کا فون نمبر
		Mobile Number	موبائل نمبر

Please provide details of eligible dependents (Spouse, Son & Daughter etc) proposed for Health Takaful coverage. Attach additional sheet, if required.

Name (IN CAPITAL LETTERS)	نام	Date of Birth (dd-mm-yyyy)	تاریخ پیدائش	Gender (M/F)	جنس	CNIC Number	قومی شناختی کارڈ نمبر	Relationship With Employee	ملازم سے رشتہ کی نوعیت	Marital Status	ازدواجی حیثیت	In Good Health	اچھی صحت
												Yes <input type="checkbox"/> ہاں	No <input type="checkbox"/> نہیں
												Yes <input type="checkbox"/> ہاں	No <input type="checkbox"/> نہیں
												Yes <input type="checkbox"/> ہاں	No <input type="checkbox"/> نہیں
												Yes <input type="checkbox"/> ہاں	No <input type="checkbox"/> نہیں
												Yes <input type="checkbox"/> ہاں	No <input type="checkbox"/> نہیں

### HEALTH DECLARATION

1) Have you or any proposed member of your family currently or at any time prior to applying for Takaful coverage;

- suffered from any medical condition(s), Disease(s), illness(es) or injury(ies)?
- Aware of any medical condition, disease, illness or injury (whether consulted with doctor or not)?
- Received diagnosis from a Doctor or Hakeem or Homeopath (even if no treatment was provided)?
- Suffered from any physical or mental disability?

YES (ہاں)  NO (نہیں)

۱- کیا آپ یا آپ کے خاندان کے مجوزہ افراد میں سے کسی نے حال ہی میں یا پچھلے کئی مہینوں میں کسی طبی مشورے سے پہلے کبھی بھی:

(الف) کوئی بھی طبی حالت، بیماری لاحق ہوئی، یا پچھلے کئی مہینوں میں کوئی زخم ہوا؟

(ب) کسی بھی طبی حالت، بیماری یا پچھلے کئی مہینوں میں کوئی زخم کے متعلق معلوم ہے؟ (اگرچہ ڈاکٹر سے مشورہ کیا ہو یا نہ کیا ہو۔)

(ج) کسی ڈاکٹر، حکیم یا ہومیوپیتھک ڈاکٹر نے کوئی تشخیص کی؟ (اگرچہ کوئی علاج نہ کروا یا کیا ہو۔)

(د) کوئی بھی جسمانی یا ذہنی معذوری لاحق ہوئی ہو؟

2) Have you or any proposed member of your family ever suffered from high blood pressure, heart disease, diabetes, shortness of breath, cancer, tumor or growth, jaundice, fits or convulsion, pain in chest, paralysis, lung or kidney disorders, nervous or psychiatric disorder?

YES (ہاں)  NO (نہیں)

۲- کیا آپ یا آپ کے خاندان کے مجوزہ افراد میں سے کسی کو بھی ہائی بلڈ پریشر، دل کی بیماری، شوگر، سانس کی بیماری، کینسر، نیوریا، گردھ، دورے یا کچلی، یرقان، سینے میں درد، فالج، گردے یا پھیپھڑوں کی بیماری یا زوں یا نفسیاتی بیماری ہوئی ہے؟

3) Have you or any proposed member of your family contemplated any surgery/operation or suffering from any other illness or disabilities that may require treatment and have not already been disclosed or mentioned above?

YES (ہاں)  NO (نہیں)

۳- کیا آپ یا آپ کے خاندان کے مجوزہ افراد میں سے کسی نے بھی کوئی آپریشن/سرجری کرانے کا ارادہ کیا ہے۔ یا مذکورہ بالا بیماریوں کے علاوہ کوئی ایسی بیماری یا معذوری لاحق ہوئی ہے جس میں علاج کی ضرورت پڑی ہو۔

4) Do you or any member of your family currently taking medication of any kind to control or treat any medical condition or ailments?

YES (ہاں)  NO (نہیں)

۴- کیا آپ یا آپ کے خاندان کے مجوزہ افراد میں سے کوئی بھی فرد کسی بیماری یا طبی حالت کی وجہ سے فی الحال کوئی دوا وغیرہ استعمال کر رہا ہے؟

5) Is your spouse (or yourself, if you are a female) pregnant? If "yes", since how many months \_\_\_\_\_?)

YES (ہاں)  NO (نہیں)

۵- کیا آپ کی زوجہ (یا آپ خود اگر آپ خاتون ہیں) حاملہ ہیں؟ اگر ہاں تو کتنے مہینے گزر چکے ہیں۔۔۔۔۔

If "yes" to any questions 1-5 above, please provide details in following space. Use a Separate Sheet if necessary.

Name of the person whom "yes" answers has been given	سوال کے جواب میں "ہاں" جواب دینے والے شخص کا نام	Please describe medical condition and its duration, treatment received, investigations undertaken and result. Is any further test of treatment (suggested or required)	برائے مہربانی طبی حالت اور اس کا دورانیہ، اس کے علاج، تشخیص اور اس کے نتائج بیان کریں۔ اگر کوئی اور علاج سے متعلق کوئی مشورہ تجویز کیا گیا ہو یا اس کی ضرورت ہو تو اسے بھی لکھیں۔	Attending/Treating Doctor (Doctor's Name, Hospital Name, Address, Phone no.)	جس ڈاکٹر سے علاج جاری ہو (ڈاکٹر کا نام، ہسپتال کا نام، پتہ اور فون نمبر لکھیں۔)

### DECLARATION & AUTHORIZATION

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 terms of acceptance of my coverage, this declaration & authorization together with the master Participant Membership Document (PMD) shall form the contract between participant and takaful service provider. I authorized any doctor, hospital, clinics or medical services provider, takaful/insurance company, or any other institution or any person, who has any information or record about me and/or any of my dependents to provide Pak-Qatar Family Takaful Limited with the complete information including copies of their records with reference to any sickness, accident, disability, any treatment, examination, medical investigation, advice of healthcare provider. Photocopy of this authorization shall be valid as the original.

### اقرار نامہ اور اجازت نامہ

میں اس بات کی تصدیق کرتا ہوں کہ اس فارم میں پوچھے گئے تمام سوالات کے جوابات اور اس فارم کے ساتھ منسلک تمام دستاویز میری معلومات کے مطابق مکمل اور سچ ہیں۔ اور مجھے اپنے کوریج کی منظوری کی شرائط کے حوالے سے بھی معلومات دی گئی ہیں۔ یہ اجازت نامہ اور اقرار نامہ اصل دستاویزات (شریک تکافل کی ممبر شپ کے دستاویزات) کے ساتھ مل کر شریک تکافل اور تکافل کی سہولیات دینے والے ادارے کے درمیان معاہدہ بنا رہا ہوگا۔

میں کسی بھی ڈاکٹر، ہسپتال، کلینک یا طبی سہولیات فراہم کرنے والے ادارے، تکافل/انشورنس کمپنی یا اس کے علاوہ کسی بھی ادارے، شخص یا طبی مرکز سے کسی بھی معلومات، طبی ریکارڈ یا اس کی کاپیوں کو فراہم کرنے سے کسی کو بھی اجازت دیتا ہوں۔ یہ اجازت نامہ اصل دستاویزات کے ساتھ مل کر شریک تکافل اور تکافل کی سہولیات دینے والے ادارے کے درمیان معاہدہ بنا رہا ہوگا۔

Date of Statement  /  /

Signature of Employee for self & on behalf of Family member being covered

دستخط (ملازم اپنے لئے اور اپنے خاندان کے ان افراد کے نام سے) کے طور پر جنہیں تکافل کوریج دیا جا رہا ہے۔

To Be Filled By Employer	Takaful Plan/Category (please refer PMD for details)	Start Date of Individual Coverage* (Risk Assessment date or date of statement, whichever is later)	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
	Basis of Membership	<input type="checkbox"/> Non-Contributory (employer donating contribution) <input type="checkbox"/> Contributory (employer and employee both contribution)	

### Verification by Participant/Employer

I/We hereby certify that all answers to questions appearing on this form are true and complete to the best of my/our knowledge and belief. We understand and agree that the above statement shall form the basis for Takaful coverage.

Date of Verification  /  /

Signature & Stamp of the Participant/Employer