



Section 01: Policy Details

Policy / Membership Number	پالیسی / ممبر شپ نمبر
Name of Participant / Covered Person	شریک حفاظت 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: Claimant Information/Details

Name: (designated by the participant)	نام (جو شریک حفاظت کی جانب سے تجویز کیا گیا تھا)	Relationship with the participant	شریک حفاظت 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)
Occupation:	پیشہ	Office Contact Number: (if any)	آفس کا رابطہ نمبر۔ اگر ہو تو
E-mail Address (Mandatory): If you don't have E-mail address then provide of any close blood relative:		ای میل ایڈریس (لازمی) اگر ای میل ایڈریس موجود نہیں ہے تو کسی قریبی رشتہ دار کا فراہم کریں۔	
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 ادائیگی 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 کا ڈیٹھ سرٹیفکیٹ (لازمی)		
Copy of CNIC (mandatory) <input type="checkbox"/>	قومی شناختی کارڈ کی کاپی (لازمی)		
Others (if any) <input type="checkbox"/>	دیگر (اگر ہو تو)		
		DD / MM / YYYY	Signature (Nominee/Claimant)
		Date of Statement	نامزد وارث / دعویدار