



PAK-QATAR FAMILY TAKAFUL  
Together for Better

# PAK-QATAR FAMILY TAKAFUL LIMITED Health Declaration Questionnaire

TO BE SUBMITTED ALONG WITH THE COPY OF CNIC

یہ فارم شناختی کارڈ کی کاپی کے ہمراہ جمع ہوگا

Employer \_\_\_\_\_ (آجر (مالک)  
Contact Person \_\_\_\_\_ فروری رابطہ Designation \_\_\_\_\_ عہدہ  
Postal Address \_\_\_\_\_ پتہ Telephone # \_\_\_\_\_ ٹیلیفون نمبر

## SECTION 1: EMPLOYEE (to be completed by proposed employee)

حصہ اول: برائے شریک تکافل (مجوزہ شریک تکافل کو پُر کرنا ہے)

|  |                      |                                       |  |
|--|----------------------|---------------------------------------|--|
| Name of Proposed Participant   |                      | تاریخ پیدائش                          |  |
| Date of Birth  |                      | Date of Birth                         |  |
| Father's Name/Husband's Name   |                      | والد کا نام شوہر کا نام               |  |
| Employee's Address   |                      | ٹیلیفون نمبر                          |  |
| Telephone #  |                      | ٹیلیفون نمبر                          |  |
| Gender   | CNIC #               | Marital Status                        |  |
| Male <input type="checkbox"/> مرد Female <input type="checkbox"/> عورت | CNIC #               | ازدواجی حیثیت                         |  |
| Occupation   | Exact Daily Duties   | روزمرہ ذمہ داری (ڈیوٹی) کی صحیح تفصیل |  |
| Date of Joining  | Date of Conformation | Employee ID #                         |  |
| Date of Joining  | Date of Conformation | ایہیری کی ملازمت کا شناختی نمبر       |  |
| Designation/Grade  | Annual Earned Income | سالانہ آمدنی                          |  |
| Designation/Grade  | Annual Earned Income | سالانہ آمدنی                          |  |

## SECTION 2: PERSONAL INFORMATION (to be completed by proposed employee)

حصہ دوم: ذاتی معلومات (مجوزہ کردہ ایہیری 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 <input type="checkbox"/> ہاں No <input type="checkbox"/> نہیں | اپنی زندگی کے بننے کے لیے آپ نے کوئی درخواست دے رکھی ہے (زندگی، حادثہ، صحت) جو مسترد کر دی گئی ہو، مؤخر کر دی گئی ہو یا کچھ خاص شرائط پر منظور کر لی گئی ہو؟ اگر ہاں تو برائے مہربانی وضاحت کریں۔ |
| 2. Do you have involvement (past/present) in political / politico religious activity or any enmity?   | Yes <input type="checkbox"/> ہاں No <input type="checkbox"/> نہیں | ۲۔ کیا آپ کسی بھی سیاسی/ مذہبی سرگرمی یا دشمنی سے وابستگی (ابھی یا باضی میں) رہی ہے؟  |
| 3. During the last 2 years, have you been involved in any type of hazardous occupation or avocation?  | Yes <input type="checkbox"/> ہاں No <input type="checkbox"/> نہیں | ۳۔ کیا آپ گزشتہ دو سالوں کے دوران کسی خطرناک پیشے سے وابستہ رہے ہیں؟  |
| Height  | Weight  | Do you use Tobacco, Pan or Alcohol?   |
| Height  | Weight  | Do you use Tobacco, Pan or Alcohol?   |
| Height  | Weight  | Do you use Tobacco, Pan or Alcohol?   |

## SECTION 3: MEDICAL DECLARATION (to be completed by proposed employee)

حصہ سوم: طبی اقرار نامہ (مجوزہ کردہ ایہیری کی طرف سے مکمل کیا جائے گا)

Provide details for any "YES" answers on next page.

"ہاں" میں جواب دیئے گئے سوالوں کی تفصیل اگلے صفحہ پر بیان کیجئے۔

|   |   |  |
|---|---|--|
| 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 <input type="checkbox"/> ہاں No <input type="checkbox"/> نہیں | ۱۔ گزشتہ پانچ سالوں کے دوران کیا آپ کبھی زخمی یا بیمار ہوئے، یا کسی بھی وجہ سے کسی ڈاکٹر یا معالج کے پاس زیر علاج رہے؟   |
| 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 the back or spine, Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS), AIDS related Complex (ARC) or an immune system disorder? | Yes <input type="checkbox"/> ہاں No <input type="checkbox"/> نہیں | ۲۔ کیا آپ کو کبھی بھی مندرجہ ذیل میں سے کوئی بیماری رہی ہے: ہائی بلڈ پریشر، دل کی بیماری، شریانوں کی بیماری، دماغی مرض، مری، کینسر، ذیابیطس، ہائی کولیسٹرول، دماغی مسائل کی بیماری، گردے کی بیماری، ہپاٹائٹس بی یا سی (یرقان)، پیچھے یا کمر کا کوئی مسئلہ، قوت مدافعت کی کمی (ایڈز) نفسیاتی بیماری (ARC) یا اعصابی کمزوری؟ |
| 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 <input type="checkbox"/> ہاں No <input type="checkbox"/> نہیں | ۳۔ کیا آپ ابھی کسی عارضے یا بیماری کی وجہ سے کل وقتی ملازمت پر قادر نہیں ہیں؟ یا گزشتہ پانچ سالوں کے دوران آپ لگاتار 30 دنوں تک کام کرنے کے قابل نہیں رہے؟   |
| 4. Do you take regular medication for Treatment or Control of any condition or ailment?   | Yes <input type="checkbox"/> ہاں No <input type="checkbox"/> نہیں | ۴۔ علاج کے لیے یا 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 <input type="checkbox"/> ہاں No <input type="checkbox"/> نہیں | ۵۔ کیا آپ نے کبھی آپریشن کروایا ہے یا 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 <input type="checkbox"/> ہاں No <input type="checkbox"/> نہیں | ۶۔ صرف خواتین کے لیے: کیا آپ حاملہ ہیں، یا کبھی بھی آپ کو ذہنی کی بیماری، سیدھی بیماری اور کوئی بھی خرابی رہی ہے؟  |

| Injury, Disease, Disorder & Operation<br>زخم، بیماری، بگاڑ، بے ضابطگی اور سرجری | Month Year<br>مہینہ/سال      | Duration<br>مدت                            | Result<br>نتیجہ                           | Name and Address of Health Care Provider Consulted<br>نام اور پتہ، مرکز، بحالی صحت |
|---|------------------------------|--|---|--|
| Example Road Traffic Accident<br>حادثہ (روڈ ٹریفک ایکسیڈنٹ)                     | January, 2001<br>جنوری۔ 2001 | 3 Days Hospitalization<br>۳ دن داخل ہسپتال | Fracture of Radius<br>ریڈیئس ہڈی کا ٹوٹنا | Dr. Saleem, AKUH, Karachi<br>ڈاکٹر سلیم۔ آغا خان یونیورسٹی ہسپتال۔ کراچی           |
|   |                              |  |   |  |
|   |                              |  |   |  |
|   |                              |  |   |  |

### Authorization and Declaration by the Employee Please read and sign below:

شریک تکافل کی طرف سے اختیار نامہ اور وضاحت:  
برائے مہربانی اسے پڑھیں اور ذیل میں دستخط کیجئے:

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 medial 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.

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 میڈیکل یا میڈیکل سے وابستہ سہولت، تکافل / انشورنس کمپنی یا آجر کو اس بات کی اجازت دیتا ہوں کہ وہ پاک قطر فیملی تکافل لمیٹڈ یا اس کے مجاز نمائندے کو میری طرف سے تمام معلومات بشمول بیماری، حادثہ، معذوری، علاج معالجہ، ٹیسٹ، طبی تفتیش، مشورہ یا ہسپتال میں داخلہ سے متعلق ریکارڈ وغیرہ کی فراہم کرے۔ میں نے یہاں ماسٹر دستاویز برائے شریک تکافل کی شرائط و ضوابط کے تحت فیملی تکافل کی سہولت کے لئے درخواست دی ہے۔ اگر تکافل کوریج کی بنیاد زرقاوان کی شراکت داری پر ہے تو میں اس بات کی تصدیق کرتا ہوں کہ مذکورہ بالا شریک تکافل کو زرقاوان کی ادائیگی کروں گا، اس کی عدم ادائیگی میری تکافل سہولت کو از خود منسوخ کر دے گی۔ لیکن اگر کوریج کی بنیاد زرقاوان میں غیر شراکت داری پر ہوگی تو میں اس بات کی تصدیق کرتا ہوں اور جانتا ہوں کہ میری نیا بت میں شریک تکافل کی طرف سے زرقاوان کی عدم ادائیگی کی وجہ سے تکافل کمپنی میری فیملی تکافل کی سہولت ختم کر دے گی۔

Date of Statement

/ /  
Date دن Month مہینہ Year سال

تاریخ بیان

Please affix your Signature as on CNIC

برائے مہربانی یہاں وہی دستخط کریں جو شناختی کارڈ پر کئے گئے ہیں

Proposed Participant's Signature

مجوزہ شریک تکافل کے دستخط

### Declaration by the Policy Holder / Employer

آجر یا شریک تکافل کی طرف سے وضاحت

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 concern. 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 متوقع شریک تکافل کو بنیادی دستاویز برائے گروپ فیملی تکافل ممبر شپ کی اہلیت کے تحت ہی تمام فوائد فراہم کیے جائیں۔ میں / ہم سمجھتے ہیں کہ تمام تکافل فوائد ماسٹر دستاویز برائے شریک تکافل کی شرائط و ضوابط کے مطابق (جہاں لاگو ہوں) قابل ادا ہیں۔ میں / ہم اتفاق کرتے ہیں کہ اکیس کے تحت انفرادی آمدنی سے ضروری زرقاوان منہا کیا جائے اور وہ فوراً پاک قطر فیملی تکافل کو بھیجا جائے۔ اگر کسی شخص نے بنیادی دستاویز برائے گروپ شریک تکافل ممبر شپ کے تحت گروپ تکافل کی رکنیت / ملازمت 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 تکافل رکنیت یا تکافل شراکت داری کو ختم کر دے گا۔ بصورت دیگر میں / ہم تو اوند کے مطابق کمپنی کو آگاہ کریں گے۔

Date of Statement

/ /  
Date دن Month مہینہ Year سال

تاریخ بیان

Please affix official stamp/seal with signature

برائے مہربانی یہاں دفتری مہر لگائیں اور دستخط کیجئے

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: \_\_\_\_\_