

## Claimant's Statement Form

دعویدار کا بیان فارم

## I. Claimant's Information

کلیم کنندہ کا بیان

Claimant's/Nominee Name:		کلیم کنندہ / مستفید کا نام:	
Claiming the benefit as:	Relationship with Deceased:	Date of Birth:	تاریخ پیدائش:
Nominee <input type="checkbox"/> مستفید	متوفی کے ساتھ رشتہ:	CNIC	قومی شناختی کارڈ نمبر
Successor <input type="checkbox"/> وارث		CNIC Issue Date	قومی شناختی کارڈ کی تاریخ اجراء
Employer <input type="checkbox"/> نمائندہ	Claimant's Occupation:	Title of Business or Employer Name:	کاروبار / آجر کا نام:
Guardian <input type="checkbox"/> سرپرست			
Other (Specify) <input type="checkbox"/> کوئی اور (دراخ کریں)	Claimant's Address:		کلیم کنندہ کا پتہ:
Mobile Number:	موبائل نمبر	Land Line Number	لینڈ لائن نمبر:

## 2. Deceased Information

متوفی کی تفصیلات

Deceased Name:	متوفی کا نام:	Father/Husband Name:	والد / شوہر کا نام:
CNIC	قومی شناختی کارڈ نمبر:	Date of Birth:	تاریخ پیدائش:
Deceased Occupation:	Date of joining/ Start of business:	Designation:	آجر کا نام:
متوفی کا پیشہ:	کاروبار / ملازمت کی تاریخ آغاز:	عہدہ:	Employer Name:
Business Address:	برنس کا پتہ:	Last working day:	کام کا آخری دن:
Takaful Membership Number	ممبر شپ نمبر	Amount of Claim (as per PMD):	ماہانہ متقوہ
		پنی ایم ڈی کے مطابق کلیم کی رقم	Monthly Salary
Claimant's complete (IBAN) bank account number:	دعویدار کا مکمل (IBAN) بینک اکاؤنٹ نمبر	Bank Details:	بینک تفصیل

## 3. Takaful / Insurance History

ہیڈنل / انشورنس کی ہسٹری

Was deceased covered by takaful / Insurance from any other company (If the answer is yes. Please provide Detail below)	Yes <input type="checkbox"/> ہاں No <input type="checkbox"/> نہیں	کیا متوفی کسی اور ہیڈنل / انشورنس میں بھی کورڈ تھے۔ (اگر جواب ہاں ہے تو درج ذیل تفصیل مہیا کریں)
Number of membership Policy	ممبر شپ پالیسی کی تعداد	Date of Issue
		تاریخ اجراء
Company's Name and Address		کمپنی کا نام اور ایڈریس

## 4. Detail of Death Claimed

کلیم کردہ وفات کی تفصیل

Date of Death:	تاریخ وفات:	Time of Death:	وفات کا وقت:	Cause of Death:	وفات کی وجہ:
Place & Address of Death:	وفات کا مقام اور پتہ:				

## 5. Past medical history

Date when the deceased complained about his/her illness	وہ تاریخ جب متوفی نے اپنی بیماری کی شکایت کی	Duration of illness/sickness	بیماری کا دورانیہ
What was the complaint/symptoms?	شکایت / علامت کیا تھیں؟		
Detail of medical History of all treatment taken in previous two years prior to death			
Complaint/ illness	Date of Diagnosis	Name of doctor/Hospital attended	Duration of Treatment
شکایت بیماری	تاریخ تشخیص	ڈاکٹر / ہسپتال کا نام جہاں سے علاج کروایا	علاج کا دورانیہ

## 6. Declaration

I hereby declare that the answers to all the questions were entered completely and truthfully and nothing has been concealed or misrepresented. I hereby authorize Pak-Qatar Family Takaful Ltd.

- Knowing that the authorization will be used in determining the eligibility of the payment of death benefit in this(ese) contracts and will be used for processing of these benefits only;
- To require and collect medical and non-medical information regarding the deceased from all hospitals/doctors, medical facilities, federal, provincial and local government agencies, law enforcement agencies, Federal Bureau of Revenue, NADRA, Banks, takaful, insurance Retakaful and reinsurance companies and request all of them to provide all such information pertaining to the deceased;
- And the deceased had during his life time authorized the company to have access to such information pertaining him.

میں اس بات کا اقرار کرتا ہوں کہ تمام سوالات کے جواب صحیح، مکمل اور سچ پڑی ہیں مزید یہ کہ اس کے علاوہ کچھ بھی نہ چھپایا گیا ہے اور نہ ہی غلط بیانی کی گئی ہے۔

- میں پاک تفریق فیملی تکافل ایجنسی کو اختیار دیتا ہوں اور جی ہوں:
1. اس بات کو جاننے ہوئے کہ درج بالا فراہم کی گئی معلومات کو غلطی کی صورت میں ملنے والے فوائد کی وصولی کی اہلیت کا تعین کرنے اور صرف ان فوائد کی پروسیجرنگ کے لئے استعمال کی جائیں گی۔
2. مزید یہ کہ متوفی سے متعلق درکار معلومات خواہ وہ طبی ہو یا یا غیر طبی تمام ہسپتالوں / ڈاکٹر، طبی سہولیات، مراکز، وفاقی / صوبائی اور مقامی حکومتی ایجنسیوں، قانون نافذ کرنے والے ادارے، وفاقی ادارہ برائے آمدنی (NADRA)، بینک، تکافل، انشورنس، ری ملنگز اور ری انشورنس کمپنیوں سے معلومات فراہم کرنے میں کارآمد ہوگی۔
3. اور متوفی نے اپنی زندگی کے دوران کہتی کو اس سے متعلق اس طرح کی معلومات رسائی حاصل کر لیا اختیار دیا ہے۔

Signature of Claimant &amp; Stamp with Date

دعویدار کے دستخط اور مہر بعد تاریخ