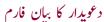


Claimant's Statement Form





I. Claimant's Information							كليم كننده كابيان
Claimant's/Nominee Name:							کلیم کننده / مستفید کانام :
Claiming the benefit as:	Relationship with	h Deceased:	متوفی کےساتھ رشتہ :	Date of	f Birth:		تاريخ پيدائش:
Nominee	CNIC) کارڈنمبر	ا قومی شاختی	CNIC Issue D	ate	قومی شناختی کارڈ کی تاریخ اجراء
وارث Successor					Business or		کارڈ کی تاریخ اجراء
فائدہ Employer	Claimant's Occu	pation:	كليم كننده كابيثيه		yer Name:		کاروبار/ آجرکانام:
Guardian	Claimant's Addre	ess:					کلیم کننده کا پیته :
Mobile Number:		Land Line Number				ليندُّ لائن نمبر:	
2. Deceased Information							نتوفى كى تفصيلات
Deceased Name:		متوفی کا نام :	Father/Husband Na	ıme:			والداشو بركانام:
CNIC CNIC		قومی شاختی کار دنمبر	Date of Birth:	DM	MYYY	Υ	تارخ پيدائش:
Deceased : کاپیشه) اکاپیشه : Deceased	Date of join Start of bus				عهده:	Employer Name:	آجر کانام:
Business Address:			:	بزنس کا پیتہ	Last working o	day:	کام کا آخری دن:
Takaful Membership Number	رشپنبر	Amount of Claim (as per I	PMD):		پی ایم ڈی کے مطابق کلیم کی رقم	Monthly Salary	مابانه تنخواه
Claimant's complete (IBAN) bank accoun	t number:	دعویدار کا مکمل (IBAN) بینک اکاؤنٹ نم	Bank Details:		1 2 2	1	بینک نفصیل
3. Takaful / Insurance Histor	ory						۔ نکافل/انشورنس کی ہسٹری
Was deceased covered by takaful / Ir from any other company (If the answer is yes. Please provide [N	es	کیا متوفی کسی اور تکافل/ ان (اگر جواب ہاں ہے تو در رہ				
Number of membership Policy		Date of الرقّ الراء Issue	Company's Name	and Ado	dress		سمینی کا نام اورایڈریس
4. Detail of Death Claimed							
Date of Death:	تاریخ وفات :	Time of Death:	::	وفات كاوفت	Cause of De	eath:	وفات کی وجہ :
Place & Address of Death:							وفات كامقام اورپية:
5. Past medical history							
Date when the deceased complained	d about his/her il	llness	وفی نے اپنی بیاری کی شکایت کی	تاریخ جب متو	Duration o	of illness/sickness	بیاری کا دورانیه
What was the complaint/symptoms?							شكايت/ علامت كياتقيس؟
Detail of medical History of all treatr	ment taken in pr	revious two years prior to	death)جووفات کے دوسال پہلے کیا گ	علاج کی تمام میڈیکل ہسٹری کی تفصیل
Complaint/ Date of illness عليت يهاري	تار <i>ت تشخی</i> م is	Name of doctor/Hospital atte	nded	سے علاج کروایا	ِ ہیتال کا نام جہاں۔۔		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:

- 1. 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;
- 2. 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

Pakistan's Premier and Pioneer Islamic Financial Services Group

3. And the deceased had during his life time authorized the company to have access to such information pertaining him.

میں اس بات کا افر ارکرتا ہوں کہ تمام سوالات کے جواب حیجہ مکمل اور چ بیٹن میں مزید بیکداس کے علاوہ کچھ بھی نہ چھیایا گیا ہے اور نہ ہی غلط بیانی کی گئے ہے . میں یاک قطرفیملی تکافل لمیٹڈ کواختیار دیتا ہوں/ دیتی ہوں:

1. اس بات کوجانتے ہوئے کہ درج بالافراہم کی گئی معلومات فو تکی کی صورت میں ملنے والے فوائد کی حصولی کی املیت کا تعین کرنے اور صرف ان فوائد کی پروسینگ کے

2. مزيد پريسة في منعلق در كارمعلومات خواه وه هجي بهويايا غيرطبي تمام مهيتالول / ذاكم بلجي سهوايات ك مراكز ، وفاتي اصوبائي اورمقا مي ڪوشي ايجنسيول ، قانون نافذ کرنے والےادارے، وفاتی ادارہ برائے آمد فی (NADRA) نادرا، بینک، تکافل، انشورنس ری تکافل اورری انشورنس کمپنیوں سے معلومات فراہم کرنے میں کار آمد ہوگی۔ 3. اورمتونی نے اپنی زندگی کے دوران ممپنی کواس سے متعلق اس طرح کی معلومات رسائی حاصل کرنیکا اختیار دیا ہے۔

Signature of Claimant & Stamp with Date

دعویدار کے دستخطاورمہر بمعہ تاریخ

