

# Physician's Statement – DS2 (Disability Claim Form)

Note : All answers must be in the physician's handwriting

## Patient Information

Name of Patient	Date of Birth
Patient's Address	

## Employer Information

Name of Employer
------------------

## 1. History

(a) Date doctor first consulted due to disability	DD-MM-YYYY
(b) Date symptoms first appeared or accident happened	DD-MM-YYYY
(c) Date patient ceased work because of disability	DD-MM-YYYY
(d) Has patient ever had same or similar condition?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, state when and describe
(e) Is condition due to injury or sickness arising out of patient's employment?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, state when and describe
(f) Name the first doctor with full address, consulted by the claimant for the above disability/accident?	
Name of Doctor	Mobile No
Address	

## 2. Diagnosis

(a) Date symptoms first appeared or accident happened	DD-MM-YYYY
(a) Diagnosis (including any complications)	
(c) Subjective symptoms	
(d) Objective findings (including current X-rays, ECG's, Laboratory data any clinical findings):	
(1) Clinical Findings	
(2) Diagnosis Studies and results:	

## 3. Progress

(a) Patient is	<input type="checkbox"/> Ambulatory	<input type="checkbox"/> Bed Confined	<input type="checkbox"/> House Confined	<input type="checkbox"/> Hospital Confined
(b) Patient has	<input type="checkbox"/> Recovered	<input type="checkbox"/> Improved	<input type="checkbox"/> Stabilized	<input type="checkbox"/> Retrogressed

## 4. Prognosis

(a) Is the disability presumed to be reversible	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
(a) Is patient now capable of performing duties of	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
(c) What duties of his or her job is patient incapable of performing?			
(d) Do you expect a fundamental or marked change in future?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
If yes, patient should recover sufficiently to perform duties on or about	DD-MM-YYYY		
If No, Please explain			
(e) Specify the date by which you presume that the patient will be able to resume his duties/work			
<input type="checkbox"/> Totally	<input type="checkbox"/> Partially	<input type="checkbox"/> Temporarily	<input type="checkbox"/> Permanently

**Declaration:** I hereby declared that the above statements are true and complete to the best of my knowledge.

Attending Physician's Name	Telephone No _____  Date _____  Signature _____
Address _____ _____	
Specialty _____	

# Complaints in Respect of Takaful Membership

## تکافل ممبر شپ کے متعلق شکایات



PAK-QATAR  
FAMILY TAKAFUL

If you have any complaint or grievance against the Takaful Company, agent, or bank representative in respect of your Takaful Membership, you may file your complaint directly with the Takaful Company at the following address:

اگر آپ کو اپنی تکافل ممبر شپ کے حوالے سے تکافل کمپنی، ایجنٹ یا بینک نمائندے سے کوئی شکایت ہو تو سب سے پہلے متعلقہ تکافل کمپنی کو براہ راست اپنی شکایت درج ذیل پتہ پر بھیجیں

### Pak-Qatar Family Takaful Limited

Mr. Kashif Rasheed  
Incharge Complaint Cell  
102-105, Business Arcade, Plot # 27-A, Block 6, P.E.C.H.S., Sharea Faisal, Karachi. 75400. **Phone:** 021-38798550  
**Email:** kashif.rasheed@pakqatar.com.pk, complaints@pakqatar.com.pk

However, in case if the insurance company fails to address your grievance, you may file your complaint with other external independent forums at the following addresses:

### Federal Insurance Ombudsman

2nd Floor, Pakistan Red Crescent Society, Annexe Building, Plot # 197/5, Dr. Doud Pota Road, Karachi.  
**Phone:** 021-99207761-62 | **Website:** www.fio.gov.pk/

**Note:** Policyholders from any part of Pakistan, AJK/Gilgit Baltistan may approach FIO

### Official Coordinator, Small Disputes Resolution Committee – Karachi

Specialized Companies Division, 5th Floor, State Life Building No. 2, Wallace Road, Off. I. I. Chundrigar Road, Karachi.  
**Direct No.:** 021-99002021 | **UAN:** 021-111-117-327  
**Email:** sdrcl.khi@secp.gov.pk

**Note:** Policyholders belonging to provinces of Sindh and Balochistan may approach this Committee.

### Official Coordinator, Small Disputes Resolution Committee – Lahore

Company Registration Office – Lahore, Associate House, 3rd & 4th Floor, 7-Egerton Road, Lahore. **Direct No.:** 042-99014050  
**UAN:** 042-111-117-327 | **Email:** sdrcl.lhr@secp.gov.pk

**Note:** Policyholders from all districts of Punjab except Bhakkar, Khushab, Mianwali, Jhelum, Chakwal, Rawalpindi and Attock may approach this Committee.

### Official Coordinator, Small Disputes Resolution Committee – Islamabad

Insurance Division, 3rd Floor, INC Building, 63-Jinnah Avenue, Blue Area, Islamabad. **Direct No.:** 051-9195391 | **UAN:** 051-111-117-327  
**Email:** sdrcl.isb@secp.gov.pk

**Note:** Policyholders belonging to Islamabad Capital Territory, Khyber Pakhtunkhwa, Gilgit Baltistan, Azad Jammu & Kashmir and the western side of Punjab (i.e. Bhakkar, Khushab, Mianwali, Jhelum, Chakwal, Rawalpindi and Attock districts) may approach this Committee. Complaint against Takaful Company may also be filed with Securities and Exchange Commission of Pakistan (insurance regulator in Pakistan) at the following address:

### Securities and Exchange Commission of Pakistan (SECP)

NIC Building, 63-Jinnah Avenue, Blue Area, Islamabad - 4400, Pakistan.  
**Phone:** Toll free 080088008 | **Email:** complaints@secp.gov.pk  
**Website:** https://sdms.secp.gov.pk/ (for online filing of complaints)

**Note:** Policyholders from any part of Pakistan, AJK/Gilgit Baltistan may approach SECP.

### Insurance Tribunal

SR#	COMPLAINT PROVINCE	JURISDICTION
1	Sindh	District & Session Judge Karachi (Central)
2	KPK	District & Session Judge Peshawar
3	Punjab	District & Session Judge (All Districts)

### پاک قطر فیملی تکافل لمیٹڈ

جناب کاشف رشید صاحب  
انچارج مرکز شکایت

لیگل اینڈ کمپلائنس ڈیپارٹمنٹ 105-102 بزنس آرکیڈ، پلاٹ نمبر 27-A، بلاک 6، P.E.C.H.S.، شہرہ فیصل کراچی 75400۔ **فون:** 021-38798550  
ای میل: kashif.rasheed@pakqatar.com.pk, complaints@pakqatar.com.pk

اگر انشورنس کمپنی آپ کی شکایت کا ازالہ کرنے میں ناکام رہے یا آپ کمپنی کے جواب سے مطمئن نہ ہوں تو آپ مندرجہ ذیل انڈیپنڈنٹ فورم کے ساتھ اپنی شکایت کا اندراج کروا سکتے ہیں

### وفاقی انشورنس محتسب

سیکنڈ فلور، ریڈ کرسنٹ سوسائٹی  
انکسی بلڈنگ، پلاٹ نمبر 197/5 ڈاکٹر دود پوتا روڈ، کراچی۔  
**فون:** 021-9920771-62 ویب سائٹ: www.fio.gov.pk/

نوٹ: پاکستان کے کسی بھی علاقے سے تعلق رکھنے والے پالیسی ہولڈرز، آزاد جموں کشمیر/گلگت بلتستان وفاقی انشورنس محتسب (ایف آئی او) سے رجوع کر سکتے ہیں۔

### دفتری رابطہ کار۔ سال ڈسپیوٹس ریزولوشن کمیٹی، کراچی

اسپیشلائزڈ کمپنیز ڈویژن 5th فلور، اسٹیٹ لائف بلڈنگ نمبر 02، ولاس روڈ، آئی آئی چندریگر روڈ، کراچی۔  
ڈائریکٹ نمبر: 021-99002021 | یو اے این: 021-111-117-327  
ای میل: sdrcl.khi@secp.gov.pk

نوٹ: صوبہ سندھ اور بلوچستان سے تعلق رکھنے والے پالیسی ہولڈرز کراچی میں قائم کمیٹی سے رجوع کریں۔

### دفتری رابطہ کار۔ سال ڈسپیوٹس ریزولوشن کمیٹی، لاہور

کمپنی رجسٹریشن آفس، لاہور، ایسوسی ایٹ ہاؤس، 3rd و 4th فلور 7 ایگرتون روڈ، لاہور۔  
ڈائریکٹ نمبر: 042-99014050 | یو اے این: 042-111-117-327  
ای میل: sdrcl.lhr@secp.gov.pk

نوٹ: بکھر، خوشاب، میانوالی، جہلم، چکوال، راولپنڈی اور انک کے سوا پنجاب کے تمام اضلاع کے پالیسی ہولڈرز لاہور میں قائم کمیٹی سے رجوع کر سکتے ہیں۔

### دفتری رابطہ کار۔ سال ڈسپیوٹس ریزولوشن کمیٹی، اسلام آباد

سیکیورٹیز اینڈ ایکسچینج کمیشن آف پاکستان 3rd فلور، این آئی سی بلڈنگ 63 جناح ایونیو، بیو ایریا، اسلام آباد۔  
ڈائریکٹ نمبر: 051-9195391 | یو اے این: 051-111-117-327  
ای میل: sdrcl.isb@secp.gov.pk

نوٹ: اسلام آباد کیپیٹل ٹیریٹری، خیبر پختونخوا، گلگت بلتستان، آزاد جموں کشمیر، اور صوبہ پنجاب کے مغربی حصے (یعنی بکھر، خوشاب، میانوالی، جہلم، چکوال، راولپنڈی اور انک اضلاع) سے تعلق رکھنے والے پالیسی ہولڈرز اسلام آباد میں قائم کمیٹی سے رجوع کر سکتے ہیں۔  
انشورنس کمپنی کے خلاف شکایت سیکیورٹیز اینڈ ایکسچینج کمیشن آف پاکستان (جو کہ پاکستان میں انشورنس رگولیٹر کا ریگولیٹر ہے) کے پاس بھی درج ذیل ایڈریس پر دائر کی جاسکتی ہے۔

### سیکیورٹیز اینڈ ایکسچینج کمیشن آف پاکستان

این آئی سی بلڈنگ 63 جناح ایونیو، بیو ایریا، اسلام آباد - 4400، پاکستان۔  
فون: ٹول فری 080088008 | ای میل: complaints@secp.gov.pk  
ویب سائٹ: https://sdms.secp.gov.pk/ (شکایت کی آن لائن فائلنگ کے لیے)

نوٹ: پاکستان کے کسی بھی علاقے سے تعلق رکھنے والے پالیسی ہولڈرز، آزاد جموں کشمیر/گلگت بلتستان ایس ای سی پی سے رجوع کر سکتے ہیں۔

### انشورنس ٹریبونل

نمبر شمار	شکایت کا صوبہ	دائرہ کار
۱	سندھ	ڈسٹرکٹ اینڈ سیشن جج کراچی (مرکزی)
۲	خیبر پختونخوا	ڈسٹرکٹ اینڈ سیشن جج پشاور
۳	پنجاب	ڈسٹرکٹ اینڈ سیشن جج (تمام اضلاع)