

Pre-Authorization Form

Mandatory for Non-Emergency Hospitalization

Do not leave any field Blank, questions unanswered, or declaration undated or unsigned (Wherever Applicable).

Part A - To be completed by the proposed Individual Member only

Patient's Takaful Certificate Number: <input type="text"/>		Patient's Gender: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	Age: <input type="text"/>
Patient's Name: <input type="text"/>		CNIC: <input type="text"/>	
Residential Address: <input type="text"/>			
Mobile No: <input type="text"/>	Plan No: <input type="text"/>	Participant (Employer) Name: <input type="text"/>	
Employee Name: <input type="text"/>		Relationship with patient: <input type="text"/>	

Part B - To be completed by the Treating Physician Only

Name of Treating Physician: <input type="text"/>			
Hospital Name: <input type="text"/>		On what date did the symptoms first occur?: <input type="text"/>	
Symptoms at present: <input type="text"/>			
Principle Diagnosis: <input type="text"/>			
Associated Diagnosis: <input type="text"/>			
Has the patient previously consulted any doctor for the above-mention medical condition? If "YES" for each doctor and hospital consulted, state name and address, treatment provided.			
Name of Doctor/Hospital	Date of Consultation	Reason for Consultation	Treatment/Result
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Procedure/Operation/Treatment advised: <input type="text"/>			
Verification by Treating Physician: I/we hereby certify that all answers to questions appearing above are true and complete to the best of my knowledge and belief.			
Date of Statement <input type="text"/>		Signature of Physician <input type="text"/>	

Part C - To be completed by the Treating Physician Only

Expected Date of Admission <input type="text"/>	DECLARATION & AUTHORIZATION		
Expected Duration of Hospitalization: <input type="text"/>	I hereby certify that all the answers to the questions appearing on this form and documents submitted with this form are true and complete to the best of my knowledge and belief.		
Expected Cost of Hospitalization:		I, the above claimant, hereby authorize any doctor, hospital, clinic or medical service provider, Takaful/insurance company, or any other institution, or any person, who has any information or record about me and/or any of my dependents to provide Pak-Qatar Family Takaful Limited with the complete information including copies of their records with reference to any sickness, accident, disability, any treatment, examination, medical investigation, advice of healthcare provider.	
Expected break-up of items:	Expected Amount (in Pak Rupees)	Photocopy of this authorization shall be valid as the original.	
Room & Board	<input type="text"/>	Signature of claimant Individual Member	
Physician Visit Fee	<input type="text"/>	Employee will complete and sign this form on behalf of minor children	
Cost of procedure/Operation	<input type="text"/>	Date of Statement <input type="text"/>	
Surgeon Fee	<input type="text"/>		
Anesthesia Fee	<input type="text"/>		
Laboratory	<input type="text"/>		
Medicine	<input type="text"/>		
Others	<input type="text"/>		

If you have any questions regarding pre-authorization, contact our Customer Benefit Services Department at: (92-21) 111 TAKAFUL (825238)

The medical information contained in this facsimile message and/or document transmitted is confidential and intended solely for the use of the individual or entity named above. If the reader of this message is not the intended recipient, you are hereby notified that any examination, use, dissemination, distribution or copying of this communication is strictly prohibited. If you have received this communication in error, please notify us immediately by telephone, and return the original message to us at the address given below:

Karachi Office:
101-105, 1st Floor, Business Arcade, Block-VI,
P.E.C.H.S., Shahrah-e-Faisal, Karachi-75400
Phone: 0301-8243495
Email: approvals@pakqatar.com.pk

Lahore Office:
14 A, Ali Block Garden Town, Lahore
Phone: 0302-8223385
Email: centralapprovals@pakqatar.com.pk

Islamabad Office:
E-104, 4th Floor, Chenab Center, Jinnah Avenue,
Blue Area, Islamabad
Phone: 0301-8223385
Email: northapprovals@pakqatar.com.pk

Complaints in Respect of Takaful Membership

تکافل ممبر شپ کے متعلق شکایات



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

پاک قطر فیملی تکافل لمیٹڈ

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

جناب کاشف رشید صاحب
انچارج مرکز شکایت
لیگل اینڈ کمپلائنس ڈپارٹمنٹ 105-102 بزنس آرکیڈ، پلاٹ نمبر 27-A، بلاک 6، P.E.C.H.S، شریہ فیسال
کراچی 75400۔ فون: 021-38798550
ای میل: 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:

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

Federal Insurance Ombudsman

وفاقی انشورنس محتسب

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/

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

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

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

Official Coordinator, Small Disputes Resolution Committee – Karachi

دفتری رابطہ کار۔ شمال ڈسپیوٹس ریزولوشن کمیٹی، کراچی

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: sdrc.khi@secp.gov.pk

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: sdrc.khi@secp.gov.pk

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

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

Official Coordinator, Small Disputes Resolution Committee – Lahore

دفتری رابطہ کار۔ شمال ڈسپیوٹس ریزولوشن کمیٹی، لاہور

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

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

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

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

Official Coordinator, Small Disputes Resolution Committee – Islamabad

دفتری رابطہ کار۔ شمال ڈسپیوٹس ریزولوشن کمیٹی، اسلام آباد

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

سیکیورٹیز اینڈ ایکسچینج کمیشن آف پاکستان 3rd فلور، این آئی سی بلڈنگ نمبر 63 جناح ایونیو، بلیو ایریا، اسلام آباد۔
ڈائریکٹ نمبر: 051-9195391 یو اے این: 051-111-117-327
ای میل: sdrc.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, Miawali, 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:

نوٹ: اسلام آباد کیپیٹل ٹیریٹری، خیبر پختونخوا، گلگت بلتستان، آزاد جموں کشمیر، اور صوبہ پنجاب کے مغربی حصے (یعنی بھکر، خوشاب، میانوالی، جہلم، چکوال، راولپنڈی اور اٹک 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 ریگولیٹر ہے) کے پاس بھی درج ذیل ایڈریس پر دائر کی جاسکتی ہے۔

Securities and Exchange Commission of Pakistan (SECP)

سیکیورٹیز اینڈ ایکسچینج کمیشن آف پاکستان

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)

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

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

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۔

Insurance Tribunal

انشورنس ٹریبونل

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

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