

Reimbursement Claim Form

IMPORTANT: In order to avoid any delay, Please ensure that:

- ☒ Attach COPIES of all relevant medical document(s)/report(s).
- ☒ Attach ORIGINAL bills and receipt of payment(s). PHOTOCOPIES of bills are not acceptable for processing of claim.
- ☒ For OPD Claim, please fill only part A. For other Claims, please fill both part A and B

Claimant Name:	Employee ID:	Employee CNIC: <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"/>
Participant (Employer) Name:		Plan Number:

Patient's Name:	Patient's Gender: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	
Patient's Takaful Certificate Number:	Patient's Date of Birth: <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
CNIC: <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"/>	Patient's Relationship:	Mobile:

Claim Type:				
<input type="checkbox"/> OPD	<input type="checkbox"/> Hospitalization	<input type="checkbox"/> Pre/Post Hospitalization	<input type="checkbox"/> Maternity	<input type="checkbox"/> Pre/Post Natal

Part A ☒ To be completed by the covered employee

State the nature of the medical condition, accident, illness:		
On what date did the symptoms first occur?		
Name of Hospital/Clinic, where treatment availed:		
Date of Admission (N/A for OPD):	Date of Discharge (N/A for OPD):	Total No. of days (N/A for OPD):
Total Claim Amount (PKR):	Title of Cheque:	<input type="checkbox"/> Employee <input type="checkbox"/> Employer

Part B ☒ To be completed by the Treating Physician (not required for OPD)

On what date were you first consulted for the injury, illness or medical condition concerned or for any related condition?	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Please give your diagnosis of the injury/illness/condition?	
Do you have any reason to believe that the same or any related condition has been diagnosed or treated previously by any other doctor or hospital?	
Please give details of the treatment given or procedure performed (if any)?	

Physician Name _____

Signature, Stamp & Date _____

DECLARATION & AUTHORIZATION

I hereby certify that all answers to questions appearing on this form and documents submitted with this form are true and complete to the best of my knowledge and belief.

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 treatments, examination, medical investigation, advice of healthcare provider.

Signature of Employee/Individual_____
Signature of Employer_____
Date of Statement

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 کیپٹالس ڈیپارٹمنٹ 102-105 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 ایسٹرنٹ فورم کے ساتھ اپنی شکایت کا اندراج کروا سکتے ہیں

وفاقی انشورنس محتسب

سیکنڈ فلور، ریڈ کریسنٹ سوسائٹی
انٹی بلڈنگ، پلاٹ نمبر 197/5 ڈاکٹر داؤد 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 & 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)