

Please note that:

- The application should accompany the following documents:
 - a. Copy of passport with valid visa page
 - b. Copy of Emirates Identification card
- Any alteration/ overwriting in the application must be signed by the applicant.
- False declarations shall render the insurance coverage invalid from the effective date, with no refund of premium.
- Insurance Co. reserves the right to request medical evidence of insurability or reject any application as per company's underwriting guidelines.

يرجى ملاحظة ما يلي:

- يجب تقديم المستندات التالية مع الطلب:
أ. صورة عن جواز السفر مع صورة من صفحة تأشيرة الإقامة السارية
 - ب. صورة عن الهوية الإماراتية
 - يجب أن يوقع مقدم الطلب على أي تعديل/ شطب في الطلب.
 - يترتب على الإلغاء بيانات مضللة بطلان التغطية التأمينية اعتباراً من تاريخ السريان، مع عدم أحقية المؤمن له في استرداد قسط التأمين.
- تحتفظ شركة التأمين بالحق في طلب أدلة طبية تثبت قابلية التأمين أو رفض أي طلب، وفقاً لشروط التأمين المعمول بها لدى الشركة.

Name of Main Applicant

(exactly as appearing in the passport- in capital letter):

اسم مقدم الطلب الرئيسي

(تماماً كما هو مذكور في جواز السفر - بحروف واضحة):

First name	الاسم الأول	Middle name	اسم الأب
------------	-------------	-------------	----------

Address:

Last name اسم العائلة

العنوان:

الإمارة / المنطقة / رقم الشارع / رقم المبنى

Gender الجنس	Marital Status الحالة الإجتماعية	Nationality الجنسية	Country of Origin البلد الأم
Mobile no. رقم الهاتف	E-mail البريد الإلكتروني		

Gross Salary Band/Month:

Note: Dependent considered as LSB or NLSB in line with the salary band of the principal member

AED 4001 and above(NLSB)

7

4001 درهم إماراتي فما فوق

AED 4000 and below (LSB)

7

4000 درهم إماراتي فما أقل

Visa Issuance Emirates:

Dubai
Abu Dhabi/ Al Ain
Other

1111

دبي
أبو ظبي / العين
غير ذلك

إجمالي الراتب الشهري:

ملاحظة: سيتم النظر إلى المعالين على أنهم يتقاضون أقل أو أعلى من الحد الأدنى للرواتب تبعاً لمستوى راتب العضو الرئيس

جهة إصدار التأشيرة في الإمارات:

Members' Schedule - All Family Members

(Main Applicant as Member No. 1)

جدول الأعضاء - جميع أفراد الأسرة

(على أن يتم تعبئة تفاصيل مقدم الطلب الرئيسي أولاً)

[illegible]

No.	Insurance History تاريخ التأمين	Answer الإجابة	If the response is YES specify the reason في حالة الإجابة بنعم، يُرجى توضيح السبب
1	Have you ever been accepted for life and/or health insurance on sub-standard terms? هل سبق وأن تم قبول تسجيلك في نظام للتأمين على الحياة و/أو للتأمين الصحي بشروط استثنائية؟	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> نعم لا	
2	Have you ever been declined for life and/or health insurance? هل سبق وأن تم رفض تسجيلك في نظام للتأمين على الحياة و/أو التأمين الصحي؟	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> نعم لا	
3	Are the proposed persons, already insured under a health insurance plan with Takaful Emarat or any other insurance company? هل الأشخاص المقترحون مؤمن عليهم بالفعل بموجب خطة تأمين صحي لدى تাকাful إمارات أو أي شركة تأمين أخرى؟	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> نعم لا	
Extra Activities إضافية أنشطة			
4	Do you participate or intend to participate in any amateur/professional/hazardous sport activities? هل تشارك أو تنوي المشاركة في أي أنشطة رياضية خطيرة للهواة/المحترفين؟	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> نعم لا	
5	Do you ride motorcycles and/or Electric scooters? هل تقود دراجات نارية و/أو دراجات كهربائية؟	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> نعم لا	
Specific Medical History التاريخ الطبي المعروف		Answer الإجابة	if YES specify diagnostic details, treatment received & recovery status إذا كانت الإجابة بنعم، يُرجى تحديد تفاصيل (التشخيص والعلاج الذي تلقيته وحالة الشفاء)
6	Have you ever been diagnosed, treated or felt any disorder, pain or had any symptoms related to the: هل سبق أن تم تشخيصك أو علاذك أو شعرت بأي اضطراب أو ألم أو عانيت من أي أعراض تتعلق بما يلي: a) Musculoskeletal & /or Connective Tissue System? (i.e.: fractures, joint or cartilage problems, back problems, deformities, bone infections, osteoporosis, arthritis, rheumatism, etc.) الجهاز العضلي الهيكلي و /أو الأنسجة الضامة ؟ (أي: الكسور أو مشاكل المفاصل أو الغضاريف، وآلام الظهر، والتشنجات، والتهابات العظام، وهشاشة العظام، والتهاب المفاصل، والروماتيزم وما إلى ذلك.) b) Cancer, Neoplasms, Tumors? (specify type, location, treatment, whether malignant or benign) السرطان، والأورام الخبيثة والحميدة؟ (حدد نوع الورم وموقعه وطريقة علاجه، سواء كان خبيثاً أو حميداً.) c) Blood & Blood Forming Organ Systems? (i.e.: anemia, thalassemia, bleeding disorders, blood cell disease, spleen problems, lymph node problems, etc.) أمراض الدم والأعضاء المكونة للدم؟ (على سبيل المثال: فقر الدم، التلاسيميا، اضطرابات النزيف، أمراض خلايا الدم، مشاكل الطحال، اضطرابات العقد الليمفاوية، وما إلى ذلك.) d) Digestive System? (i.e. reflux, ulcers, diverticuli, bleeding-infection-obstruction-perforation of the esophagus, stomach, intestines or colon, problems of the teeth/gums/mouth/jaw, problems with the liver, gallbladder or pancreas, anal/rectal polyps) الجهاز الهضمي؟ (على سبيل المثال، الارتجاع المريئي، القرحة، داء الرتوج، النزيف، العدوى، الانسداد المعوي، ثقب المريء، اضطرابات المعدة والأمعاء أو القولون، مشاكل الأسنان/اللثة/الفم/الفك، اضطرابات الكبد والمرارة والبنكرياس، ورم الشرج/المستقيم؟) e) Endocrine, Nutritional, Metabolic and/or Immunity System? (i.e. diabetes, thyroid or pituitary gland problems, adrenal gland, ovary or testes problems, hormone problems, gout, multiple sclerosis, cystic fibrosis, metabolic disorders, immune problems, etc.) الغدد الصماء و/أو نظام التغذية و/أو التمثيل الغذائي و/أو جهاز المناعة؟ (مثل مرض السكري، ومشاكل الغدة الدرقية أو الغدة النخامية، والغدة الكظرية، ومشاكل المبيض أو الخصيتين، ومشاكل الهرمونات، والتنفرس، والتصلب المتعدد، والتليف الكيسي، واضطرابات التمثيل الغذائي، ومشاكل المناعة، وما إلى ذلك) f) Nervous System or Sense Organs? (i.e. ear injury/infection, vertigo, hearing problems, eye injury/disease, retina problems, glaucoma, vision problems, muscular dystrophy, brain/nerve degeneration, meningitis, paralysis, seizures, epilepsy, neuralgia, psychiatry & any psychology disorder etc.) الجهاز العصبي أو أعضاء الإحساس؟ (على سبيل المثال، إصابة/عدوى الأذن، الدوار، اضطراب السمع، إصابات/أمراض العين، مشاكل شبكية العين، الجلوكوما، مشاكل الرؤية، ضمور العضلات، تنكس الدماغ/الأعصاب، التهاب السحايا، الشلل، النوبات، الصرع، الألم العصبي، علم النفس والاضطرابات النفسية وما إلى ذلك.) g) Genitourinary System? (i.e. kidney/bladder infections, renal failure, kidney stones, endometriosis, menstrual cycle problems, salpingitis, ovarian cysts, prostate problems, impotence, testicle infections, sperm abnormalities, fertility problems, etc.) الجهاز البولي التناسلي؟ (مثل التهابات الكلى/المثانة، والفشل الكلوي، وحصى الكلى، والتهاب بطانة الرحم، ومشاكل الدورة الشهرية، والتهاب البوق، وكيسات المبيض، ومشاكل البروستاتا، والعجز الجنسي، والتهابات الخصية، وتشوهات الحيوانات المنوية، ومشاكل الخصوبة، وما إلى ذلك.) h) Respiratory System? (i.e. sinusitis, allergies, tonsillitis/laryngitis, bronchitis, emphysema, pneumonia, etc.) الجهاز التنفسي؟ (مثل التهاب الجيوب الأنفية، والحساسية، والتهاب اللوزتين/الحنجرة، والتهاب الشعب الهوائية، وانتفاخ الرئة، والالتهاب الرئوي، وما إلى ذلك.) i) Cardiovascular System? (i.e. stroke, cerebral ischemia, rheumatic fever, atherosclerosis, aneurysm, embolism, peripheral vascular disease, hypertension, heart valve disease, irregular heart beat, pulmonary embolism, phlebitis, varicosities, etc.) نظام القلب والأوعية الدموية؟ (مثل السكتة الدماغية، نقص التروية الدماغية، الحمى الروماتيزمية، تصلب الشرايين، تمدد الأوعية الدموية، انسداد الشرايين، أمراض الأوعية الدموية الطرفية، ارتفاع ضغط الدم، أمراض صمامات القلب، عدم انتظام ضربات القلب، الانسداد الرئوي، الالتهاب الوريدي، الدوالي، وما إلى ذلك.) j) Skin-Subcutaneous Tissue? (i.e. dermatitis, acne, seborrhea, puritis, etc.) الأنسجة الجلدية ؟ (مثل التهاب الجلد، حب الشباب، الحكة، الالتهابات الفقيحة، وما إلى ذلك.) k) Have you been tested or treated for Hepatitis A or C? هل خضعت من قبل للفحص أو العلاج من التهاب الكبد الوبائي A أو C؟ l) Any (chronic) disease(s), symptoms and complaints not mentioned above أي أمراض (مزمنة) وأعراض وشكاوى غير مذكورة أعلاه.	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> نعم لا	

No.	Specific Medical History التاريخ الطبي المعروف	Answer الإجابة	If the response is YES specify the reason في حالة الإجابة بنعم، يُرجى توضيح السبب
7	Have you ever undergone surgery to remove a body organ or structure or being hospitalised in the past? (specify body organ/ Structure, date & place of surgery?) هل سبق لك أن خضعت لعملية جراحية لإزالة جزء أو عضو من أعضاء الجسم أو خضعت للعلاج في المستشفى في الماضي؟ (إذكر العضو/ الجزء وتاريخ ومكان الجراحة؟)	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> نعم لا	
8	Are you HIV positive or have any medical condition or symptom indicative of HIV infection or AIDS? هل أنت مصاب بفيروس نقص المناعة البشرية أو لديك أي حالة طبية أو أعراض تشير إلى الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية أو الإيدز؟	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> نعم لا	

Pregnancy Questionnaire (Applicable for married females) استبيان للحمل (ينطبق على الإناث المتزوجات)	
Are you currently pregnant? هل أنت حامل حالياً؟	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> نعم لا
Is it multiple gestation/pregnancy with more than one baby (twins/triplets etc) at time? هل هو حمل متعدد/حمل بأكثر من طفل (توائم/ثلاثة توائم وما إلى ذلك)؟	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> نعم لا
If Yes, have there been any complications to date? إذا كانت الإجابة بنعم، فهل حدثت أي مضاعفات حتى الآن؟	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> نعم لا
Last Menstrual period date تاريخ آخر دورة شهرية	/ /
Are you currently trying to get pregnant? هل تحاولين الحمل حالياً؟	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> نعم لا
Are you undergoing any form of fertility treatment? هل تخضعين حالياً لأي شكل من أشكال علاج العقم والخصوبة؟	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> نعم لا
Do you have earlier history of Caesarean Section, Premature Delivery or Premature babies? Or any other complications related to maternity, till date? (Please Specify) هل لديك تاريخ سابق للولادة القيصرية أو الولادة المبكرة أو الأطفال المبترسين؟ أو أي مضاعفات أخرى تتعلق بالأمومة، حتى الآن؟ (الرجاء التوضيح)	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> نعم لا

Please give details of any question if answered 'Yes' by first specifying the members number as indicated on the members schedule, the question number and the explanation details. i.e.: «6 a) : explanation»
يرجى تقديم تفاصيل أي سؤال إذا تمت الإجابة عليه بـ «نعم» من خلال تحديد رقم العضو أولاً كما هو موضح في جدول الأعضاء ورقم القسم والسؤال والرقم وتفاصيل التوضيح. أي بصيغة: «٦ أ) : التوضيح».

Member No. رقم العضو	Question No. رقم السؤال	Type of Disorder نوع المرض/الاضطراب	Explanation التوضيح		
			Date of Onset dd/mm/yyyy تاريخ بداية المرض	Details of Treatment تفاصيل العلاج	Present Status of Health الوضع الصحي الحالي

In case of diabetes please specify whether insulin dependent please specify the generic name / brand name as well as the daily / weekly quantity below:
في حالة مرض السكري، يرجى توضيح ما إذا كان المريض يعتمد على الأنسولين، يرجى أيضاً ذكر الاسم العام/اسم العلامة التجارية بالإضافة إلى الجرعة اليومية/ الأسبوعية أدناه:

In case currently on immunomodulator or immunotherapy kindly specify the generic name / brand name as well as how often administration is required:
في حالة تناول أدوية التعديل المناعي أو العلاج المناعي حالياً، فيُرجى تحديد الاسم العام/اسم العلامة التجارية بالإضافة إلى عدد المرات المطلوبة لإكمال العلاج:

DECLARATION & AUTHORIZATION:

I hereby declare that what has been stated above is true and complete to the best of my knowledge and belief and I have not withheld any material information. It is understood and agreed that this declaration which is contained in the application form constitutes the basis of my/our contractual relationship with Insurance Co through Authorized Third-Party Administrator and that any non-disclosure or misrepresentation of facts will make my / our insurance coverage void from inception. I hereby authorize any hospital, physician, surgeon, or any other organization to furnish to the Insurance Co through Authorized Third-Party Administrator any or all information that may be required concerning my/ our medical history.

I understand and acknowledge any pregnancy not declared at the time of this application's coverage will be at the sole discretion of the insurer. The insurer has the right to not cover any maternity claims to any undeclared pregnancy. I also acknowledge and understand any pregnancy, which arises within forty calendar days from the date of this application; coverage will also be at the discretion of the insurer

Furthermore, I also understand and acknowledge that any ongoing or planned hospitalization not declared at the time of this applications coverage will be at the sole discretion of the insurer and the Insurer has the right not to cover.

"I hereby provide Takaful Emarat Insurance PSC an unambiguous consent, to contact us for our takaful policy or for any marketing and promotion of takaful products, to process, share, and transfer the personal information of the members insured to any recipient whether inside or outside the country, including but not limited to the Company branches, affiliates, reinsurers, business partners, professional advisers, insurance brokers and/or service providers where the transfer or share, of such personal data is necessary for: (i) the performance of this Policy; (ii) assisting the Company in the development of its business and products; (iii) improving the Company's customers experience; (iv) for the compliance with the applicable laws and regulations"

*Personal Data means all information relating to the member insured (whether marked "personal" or not) disclosed to Takaful Emarat Insurance PSC by whatever means either directly or indirectly which concerns, including but not limited to, my medical conditions, treatments, prescriptions, business, operations, contact details, account balances/activities or any transactions undertaken with Takaful Emarat Insurance PSC.

الإقرار والتفويض:

أقر بصحة وكفاية المعلومات المذكورة أعلاه على حد علمي واعتقادي، وأؤكد أنني لم أتعمد إخفاء أي معلومات جوهرية. أدرك وأوافق على أن هذا الإقرار الوارد في نموذج الطلب يشكل أساس علاقتي التعاقدية مع شركة التأمين من خلال شركة إدارة المطالبات المعنية، وأن إخفاء أي معلومات جوهرية أو تحريفها سيجعل تغطيتنا التأمينية لاغية من البداية. أصرح بموجبه لأي مستشفى أو طبيب أو جراح أو أي جهة أخرى بتزويد شركة التأمين، من خلال شركة إدارة المطالبات المعنية، بأي أو جميع المعلومات التي قد تكون مطلوبة فيما يتعلق بتاريخني الطبي.

أفهم وأقر بأن تغطية أي حالة حمل لم يتم التصريح عنها في وقت تعبئة هذا الطلب ستخضع لتقدير شركة التأمين وحدها. يحق لشركة التأمين الامتناع عن تغطية أي مطالبات تتعلق بأي حمل لم يتم التصريح عنه في هذا الطلب. كما أقر وأتفهم أن تغطية أي حمل يحدث خلال أربعين يوماً تقويمياً من تاريخ هذا الطلب، ستكون خاضعة أيضاً لتقدير شركة التأمين

علاوة على ذلك، أدرك وأقر أيضاً أن تغطية أي متطلبات علاجية حالية أو مخطط لها في المستشفى لم يتم الكشف عنها في وقت تعبئة هذا الطلب، ستكون خاضعة لتقدير شركة التأمين وحدها، وأن لشركة التأمين الحق في الامتناع عن تغطية مثل هذه المتطلبات العلاجية.

«أقدم بموجب هذا لشركة تكافل الإمارات للتأمين ش.م. ع موافقة صريحة، للاتصال بنا بخصوص وثيقة التكافل الخاصة بنا أو لغرض تسويق وترويج منتجات التكافل، أو لمعالجة ومشاركة ونقل المعلومات الشخصية للأعضاء المؤمن عليهم إلى أي مستلم سواء داخل الدولة أو خارجها، بما في ذلك، على سبيل المثال لا الحصر، فروع الشركة والشركات التابعة لها وشركات إعادة التأمين وشركاء الأعمال والمستشارين المهنيين ووسطاء التأمين و/أو مزودي الخدمات، طالما كان نقل أو مشاركة هذه البيانات الشخصية ضرورياً من أجل:

(١) الوفاء بالتزاماتها بموجب وثيقة التأمين؛ (٢) مساعدة الشركة في تطوير أعمالها ومنتجاتها؛ (٣) تحسين تجربة عملاء الشركة؛ (٤) الامتثال للقوانين واللوائح والأنظمة المعمول بها.

* البيانات الشخصية تعني جميع المعلومات المتعلقة بالعضو المؤمن عليه (سواء كانت «شخصية» من عدمه) التي تم الكشف عنها لشركة تكافل إمارات للتأمين ش.م. ع بأي وسيلة مباشرة أو غير مباشرة، والتي تتعلق، على سبيل المثال لا الحصر، بحالتي الطبية أو علاجاتي أو وصفاتي الطبية أو عملي أو عملياتي أو تفاصيل الاتصال أو أرصدة/أنشطة حسابي أو أي من معاملاتي مع شركة تكافل الإمارات للتأمين ش.م. ع.

Applicant's Signature
Self & on behalf of Family Members
Date / /

توقيع مقدم الطلب
أصالة عن نفسه ونيابة عن أفراد الأسرة
/ / التاريخ

Underwriting Decision

قرار التأمين

Underwriter's Signature
Date / /

توقيع المقيم الفني للاكتتاب
/ / التاريخ

Authorized Signatory's Signature
Date / /

توقيع المفوض بالتوقيع
/ / التاريخ