

FutureInvest Application Form

SECTION1: DETAILS OF PROPOSED LIFE (Primary Life)

القسم 1: معلومات عن طالب التأمين المقترح (الأساسي)

1. Personal Details:

Name of Life Assured (As in the Passport) <input type="checkbox"/> Mr. <input type="checkbox"/> Mrs. <input type="checkbox"/> Miss		أنثى <input type="checkbox"/>	سيدة <input type="checkbox"/>	الاسم (حسب جواز السفر) <input type="checkbox"/>
Date of Birth	تاريخ الميلاد	Country of Birth	مكان الميلاد	
Nationality	الجنسية	Gender	الجنس	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
Country of Residence	بلد الإقامة	Marital Status	الحالة الاجتماعية	<input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/> Widower(er) <input type="checkbox"/> مطلق <input type="checkbox"/> Widow(er) <input type="checkbox"/> أعزب
Company Name اسم الشركة		Average Monthly Income (AED) معدل الدخل الشهري		

Occupation (please give exact nature of work including Industry)

"Please do not mention the data/information related to the occupation or duties". if applicant is deployed in Armed Forces"

If Housewife, please provide spouse individual life insurance details in USD
If Student, please provide parents total life insurance details in USD

إذا كانت مؤمنة على الحياة بغير منزل، يرجى تزويدنا بالبيانات الشخصية للتأمين على الحياة للزوج بالدولار الأمريكي
إذا كان المؤمن على الحياة طالباً، يرجى تزويدنا بالتفاصيل الكاملة للتأمين على الحياة للوالدين بالدولار الأمريكي

Purpose of Insurance

الغرض من التأمين

Address Details	العنوان بالتفصيل	Permanent Address	لعنوان الدائم	Correspondence Address	العنوان المعتمد للمراسلات	Residence Address	عنوان السكن
Flat/Villa/Bldg#	شقة رقم						
Street	شارع						
P.O. Box	ص.ب						
City /Country	المدينة/البلد						
Telephone No	هاتف رقم						
Mobile No	جوال رقم						
Email 1	بريد الكتروني						
Email 2	بريد الكتروني						

1.1: DETAILS OF PROPOSED LIFE (Secondary Life)

القسم 1-1: معلومات عن طالب التأمين المقترح (الثانوي)

Name of Life Assured (As in the Passport) Mr. Mrs. Miss

الإسم بالكامل (حسب جواز السفر) سيد سيدة أنثى

Marital Status :	الحالة الاجتماعية	<input type="checkbox"/> Single	<input type="checkbox"/> Married	<input type="checkbox"/> Divorced	<input type="checkbox"/> Widower(er)	أرمل (er)
Date of Birth	تاريخ الميلاد	Country of Birth	مكان الميلاد	Place of Birth	مكان الميلاد	
Nationality	الجنسية	Gender	الجنس	<input type="checkbox"/> Male	<input type="checkbox"/> Female	
Country of Residence	بلد الإقامة	Relation with Primary Life العلاقة مع المؤمن عليه الأساسية				
Company Name اسم الشركة		Average Monthly Income (AED) معدل الدخل الشهري				

Occupation (please give exact nature of work including Industry)

"Please do not mention the data/information related to the occupation or duties". if applicant is deployed in Armed Forces"

Address Details	العنوان بالتفصيل	Permanent Address	لعنوان الدائم	Correspondence Address	العنوان المعتمد للمراسلات	Residence Address	عنوان السكن
Flat/Villa/Bldg#	شقة رقم						
Street	شارع						
P.O. Box	ص.ب						
City /Country	المدينة/البلد						
Telephone No	هاتف رقم						
Mobile No	جوال رقم						
Email 1	بريد الكتروني						
Email 2	بريد الكتروني						

1.2: DETAILS OF POLICYHOLDER

1.2 معلومات عن حامل الوثيقة اذا كان مختلفاً عن الشخص المطلوب

Name of Policyholder (Incase policyholder is other than Life Assured)	<input type="checkbox"/> Same as Primary Life <input type="checkbox"/> Same as Secondary Life <input type="checkbox"/> Other	نفس الأساسي نفس الثانوي آخر	اسم حامل الوثيقة <input type="checkbox"/> سيد <input type="checkbox"/> انسنة	
Marital Status الحالة الاجتماعية :	<input type="checkbox"/> Single أعزب	<input type="checkbox"/> Married متزوج	<input type="checkbox"/> Divorced مطلق	<input type="checkbox"/> Widower(er) أرمل
Date of Birth تاريخ الميلاد		Country of Birth بلد الميلاد		Place of Birth مكان الميلاد
Nationality الجنسية		Gender الجنس	<input type="checkbox"/> Male	<input type="checkbox"/> Female
Country of Residence بلد الإقامة		Relation with Primary Life العلاقة مع المؤمن عليه الأساسي		
Company Name اسم الشركة		Average Monthly Income (AED) معدل الدخل الشهري		
المهنة تفصيل (يرجى تحديد طبيعة العمل ومحاله) <small>"Please do not mention the data/information related to the occupation or duties" if applicant is deployed in Armed Forces"</small>				
Address Details العنوان بالتفصيل	Permanent Address لعنوان الدائم	Correspondence Address العنوان المعتمد للمراسلات	Residence Address عنوان السكن	
Flat /Villa/Bldg# شقة رقم				
Street شارع				
P.O. Box ص.ب				
City /Country المدينة/ البلد				
Telephone No هاتف رقم				
Mobile No جوال رقم				
Email 1 بريد الكتروني				

1.3. Source of Wealth مصدر الثروة		Policy Holder حامل عقد التأمين		Payor (If other than Life Assured/ Policy Holder) الدافع (إذا كان غير ذلك فهو المؤمن عليه على الحياة / حامل البوليصة)	
Source of Income مصدر الدخل		AED/USD	Amount (Annually) المبلغ (سنويًا)	AED/USD	Amount (Annually) المبلغ (سنويًا)
Salary					
Business Income					
Property Sale					
Proceeds from Shares and Investment Holdings					
Others (Please Specify)					
Total					

2. PLAN DETAILS (Please tick relevant box) 2- تفاصيل الخطة (يرجى التأشير في الخلية ذات الصلة)

Savings مدخرات	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	Protection الحماية	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> E
Primary Life Sum Assured مبلغ الحياة الأساسية مضمون				Policy Term مدة العقد		
Secondary Life Sum Assured مبلغ الحياة الثانوية مضمون	25% of Primary Life Sum Assured ٢٥٪ ضمان الأساسية الحياة			Premium Payment Term مدة دفع القسط		
Policy Currency عملة العقد	<input type="checkbox"/> AED درهم	<input type="checkbox"/> USD دولار		Premium Amount مبلغ القسط		
Mode of Payment طريقة الدفع	<input type="checkbox"/> Monthly شهريا	<input type="checkbox"/> Semi-Annual نصف سنويًا	<input type="checkbox"/> Annual سنويًا	<input type="checkbox"/> Single واحدة فقط		
Payment Method طريقة الدفع	<input type="checkbox"/> Cheque بشيك	<input type="checkbox"/> Account Debit بالخصم من الحساب		<input type="checkbox"/> Credit Card ببطاقة ائتمان	<input type="checkbox"/> Others أخرى	

Death Benefit Option (Please tick relevant box)			خيار منفعة الوفاة (يرجى التأشير في الخانة ذات الصلة)		
<input type="checkbox"/> Option A (Inclusive)	الخيار أ	<input type="checkbox"/> Greater of Sum Assured OR Fund Value			الأكبر من مبلغ التأمين أو قيمة الصندوق
<input type="checkbox"/> Option B (Exclusive)	الخيار ب	<input type="checkbox"/> Sum Assured Plus Fund Value			مبلغ التأمين زائداً قيمة الصندوق

2.1 Rider Benefits (Optional)			2.1 المنافع الإضافية (اختيارية)		
Please tick relevant box & indicate Primary Life Sum Assured			يرجى اختيار الخانة المطلوبة وتحديد الأساس		

Rider Benefits	Term	Primary Life	Term	Secondary Life
المنافع الإضافية	المدة	المؤمن عليه الأساسي	المدة	المؤمن عليه الثانوي
<input type="checkbox"/> Critical Illness	مرض خطى	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Hospital Cash Benefit (Per day)	منفعة المبلغ النقدي للمستشفى (عن كل يوم)	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Family Income Benefit (Monthly)	منفعة الدخل للأسرة (شهرياً)	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Guaranteed Installment Benefit	منفعة القسط المضمون	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Accidental Death Benefit	منفعة الوفاة الناجمة عن حادث	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Permanent Total Disability (Accident & Sickness)	العجز الكلي الدائم (الناتج عن حادث ومرض)	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Permanent Total Disability (Accident)	العجز الكلي الدائم (جراء حادث)	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Terminal Illness	مرض عضال	<input type="checkbox"/>		

2.2 Investment Details	(ب) تفاصيل الاستثمار
------------------------	----------------------

Fund/ Strategy Name	Percentage	Fund/ Strategy Name	Percentage
اسم الصندوق/ الاستراتيجية	النسبة المئوية (%)	اسم الصندوق/ الاستراتيجية	النسبة المئوية (%)
1.		6.	
2.		7.	
3.		8.	
4.		9.	
5.		10.	

Please mention total percentage % مجموع النسبة المئوية %

3. Beneficiary Details				
Full Name	Nationality	Relation With Primary Life	Date of Birth	Percentage %
الاسم بالكامل	الجنسية	العلاقة مع المؤمن عليه الأساسي	تاريخ الميلاد	النسبة المئوية

Guardian Details: If beneficiary is minor, please mention below guardian's particulars				
Name	Nationality	Relationship to beneficiary	Date of Birth	Age
الاسم	الجنسية	العلاقة بالمستفيد	تاريخ الميلاد	العمر

If two or more beneficiaries are named, payment shall be distributed equally unless otherwise stated.
إذا تم تسمية مستفيدين أو أكثر، سيتم توزيع المدفوعات بالتساوي بينهم الا إذا كان مذكوراً خلاف ذلك.

4. Health Questionnaire to be answered by the person to be assured	Primary Life	Secondary Life
4- الاستبيان الطبي الذي يتعين الإجابة عليه من طالب التأمين	المؤمن عليه الأساسي	المؤمن عليه الثانوي
Height (cm) طول (سنتيمتر)		
Weight(kg) الوزن (كيلو جرام)		
	Yes نعم	No لا
Has your weight changed during the last 12 months? If Yes, give details: هل تغير وزنك خلال الاثني عشر شهراً الماضية؟ إذا أجبت بنعم اذكر التفاصيل	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Have you in the past 5 years consulted any doctor? هل قمت باستشارة أي طبيب آخر خلال الخمسة سنوات الماضية؟ If yes, please give name, address & the reasons for consultations إذا أجبت بنعم ، الرجاء توضيح اسم وعنوان الطبيب وسبب الزيارة	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.1. For females:

		Yes نعم	No لا	Yes نعم	No لا
Are you pregnant? If "yes" state duration	هل أنت حامل؟ إذا كانت الإجابة بنعم اذكر في أي شهر؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Have you had any abortion, miscarriage, or caesarian section? If yes, give details	هل سبق وأن تعرضت لاجهاض أو اسقاط للحمل أو إجراء عملية قصصية؟ إذا أجبت بنعم، اذكر التفاصيل	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Have you ever had uterine, ovarian or heart disease? If yes, give details	هل أصبت بأي أمراض في الرحم أو المبيضين أو القلب؟ إذا أجبت بنعم، اذكر التفاصيل	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Family & Medical History Give details on the state of health and full particulars of any major illnesses:

5- الأسرة وتاريخها الطبي (قدم تفاصيل عن الوضع الصحي والتفاصيل الكاملة لأى أمراض رئيسية) :

Primary Life المؤمن عليه الأساسي				Secondary Life		
Relation صلة القرابة	Age Last Birthday السن	Health Status الوضع الصحي	Cause of death/if deceased (إذا كان متوفياً)	Age Last Birthday السن	Health Status الوضع الصحي	Cause of death/if deceased (إذا كان متوفياً)
Father الأب						
Mother الأم						
Brothers الأخوة						
Sisters الأخوات						
Children الأطفال						

5.1. Details of other Life / Health Assurances

5.1 تفاصيل التغطيات الأخرى

If you answer "yes" to any of the following questions, please give appropriate details.	إذا أجبت بنعم على أي من الأسئلة التالية يرجى ذكر التفاصيل	Yes نعم	No لا	Yes نعم	No لا
a. Has any proposal for assurance/critical illness cover on your life been made within the last 24 months or are you currently applying for life assurance/critical illness cover with any other company?	(أ) هل تقدمت بطلب تأمين على الحياة، خلال الأربعين والعشرين شهراً الماضية بما فيها لية طلبات قد قدمت بالتزامن مع هذا الطلب لأى شركة تأمين أخرى؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Do you have any existing assurance/critical illness cover on your life?	(ب) هل لديك أي عقد تأمين على الحياة سارية المفعول؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
If so, please indicate name of the company, Policy no. and sum assured:	إذا أجبت بنعم اذكر اسم الشركة، رقم الوثيقة وميلء التأمين	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Has any proposal for life/critical illness cover or disability cover on your life ever been postponed,declined or accepted with extra premium or on special terms?	(ج) هل رفض لك يوماً طلب تأمين على الحياة أو تغطية العجز، أو تم تأجيله أو قبوله تغطية إضافي أو بشروط خاصة؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.2 Financial Details of Life Assured

5.2 البيانات المالية للتأمين على الحياة (يجب استيفاء هذه البيانات إذا كان القسط السنوي يساوي أو أكبر من AED 15,000) (To be filled if annual premium is equal or more than AED 15,000)

a. Net Annual Income for last three years	أ. إجمالي الدخل السنوي لا خر ثلاثة سنوات
<input type="checkbox"/> Year _____	<input type="checkbox"/> Income _____ الدخل سنة _____
<input type="checkbox"/> Year _____	<input type="checkbox"/> Income _____ الدخل سنة _____
<input type="checkbox"/> Year _____	<input type="checkbox"/> Income _____ الدخل سنة _____
b. Details of Assets/Liabilities, Please specify amount and currency	ب. تفاصيل الموجودات والمطلوبات ، الرجاء تحديد المبلغ والعملة
<input type="checkbox"/> Assets: _____	<input type="checkbox"/> Liabilities: _____ المطلوبات الم موجودات
c. Bank Details:	ج. المعلومات البنكية:
Bank Account No.: _____	نوع الحساب: _____
Bank Name : _____	فرع: _____ رقم الحساب البنكي: _____ اسم البنك: _____

5.3 To be filled in all applications

5.3 ليتم تعبئته في جميع الطلبات

(If yes, please submit the Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA) form)	(إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى تقديم نموذج قانون الامتثال الضريبي الأمريكي للحسابات الخارجية (فاتكا))	Yes نعم	No لا	Yes نعم	No لا
Please let us know if you are a resident in the United States of America for tax purposes or if you are a United States citizen or Green card holder.	الرجاء إعلامنا إذا كنت مقيماً في الولايات المتحدة الأمريكية لأغراض تتعلق بالضريبة أو إذا كنت من مواطني الولايات المتحدة	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SECTION 2: 6.Lifestyle questions about the person to be assured

6- أسئلة عن أسلوب حياة طالب التأمين

If answer "yes" to any of the following questions, please give details	إذا أجبت بنعم على أي من الأسئلة التالية يرجى ذكر التفاصيل	Yes نعم	No لا	Yes نعم	No لا
a) Do you smoke?	(أ) هل تدخن؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Do you drink beer, wine or spirits? If yes, please state your average daily consumption and whether beer, wine or spirits: (any liquor)	(ب) هل تتناول البيرة أو النبيذ أو المشروبات الروحية الكحولية؟ إذا أجبت بنعم، يرجى ذكر معدل الاستهلاك اليومي ونوع المشروب هل هو بيرة أونبيذ أو مشروبات كحولية	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Have you ever taken drugs other than those prescribed by a doctor?	(ج) هل سبق لك وأن تناولت أدوية غير تلك التي وصفها لك طبيب؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Do you or are you likely to engage in an occupation or any activity which could be considered dangerous (e.g. aviation, other than as a farepaying passenger on a regular route-or motor racing, diving or any other dangerous sport)? If yes, please give details	(د) هل تمارس أو هل تتوقع ممارسة أي من النشاطات / الرياضات التي تعتبر خطيرة (مثل الطيران- في غير رحلات الركاب التجارية مدفوعة الأجر على خطوط منتظمة أو سباق السيارات أو الغطس أو غير ذلك من الرياضات الخطيرة)؟ إذا أجبت بنعم، اذكر التفاصيل	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Yes نعم	No لا	Yes نعم	No لا	
e) Have you travelled outside the current country of residence in the last 12 months for holiday or occupation? Other than your home country, If yes, please give details including specific countries to be visited and duration of stay in each country? هـ) هل سبق لك أن سافرت خارج البلد الذي تقيم به حالياً خلال الالثني عشر شهراً الماضية بهدف قضاء إجازة أو العمل في بلد غير بلد الأصلي؟ إذا كانت الإجابة بنعم ، يرجى أن تذكر التفاصيل بما في ذلك البلدان التي زرتها مع ذكر المدة التي قضيتها في كل بلد .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f) Do you intend to travel outside the current country of residence in the next 12 months for holiday or occupation? Other than your home country, If yes, please give details including specific countries to be visited and duration of stay in each country? وـ) هل ترغب في السفر خارج البلد الذي تقيم به حالياً خلال الالثني عشر شهراً القادمة لقضاء إجازة أو العمل في بلد غير بلد الأصلي ؟ إذا كانت الإجابة بنعم ، يرجى أن تذكر التفاصيل بما في ذلك بلدان معينة تود زيارتها والمدة التي ترغب في قضائها في كل بلد .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Health Questionnaire: Have you suffered from:	7- استبيان حول الصحة هل عانيت أبداً من ما يلي	Yes نعم	No لا	Yes نعم	No لا
a) Epilepsy, fits or fainting attacks or any other mental or nervous system disturbances including stress, anxiety, depression or neurological condition? اـ) الصرع، نوبات إغماء، أو أي اضطراب عقلي أو عصبي بما في ذلك الإجهاد أو القلق الشديد أو الاكتئاب أو حالة حسبية ؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Asthma, bronchitis, pleurisy, pneumonia, tuberculosis, persistent cough, or any other lung complaint? بـ) الربو، الالتهاب الشعبي، الالتهاب الرئوي، التهاب عشاء الرئة، السل، السعال المزمن أو أيام اضطرابات رئوية أخرى ؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Chest pain, asthma, high blood pressure, high cholesterol, palpitations, shortness of breath, stroke or any heart or circulatory trouble? جـ) ألم في الصدر، ضغط دم مرتفع، كوليسترون عالي، اضطراب في ضربات القلب، ضيق في التنفس، جلطة، أو أيام اضطرابات أخرى في القلب أو في الدورة الدموية ؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Indigestion, gastric or duodenal ulcer, chronic or recurrent diarrhea or any complaint of the stomach or bowels? دـ) عسر في الهضم، قرحة في المعدة أو الالثني عشر، اسهال مزمن أو متكرر، أو أيام شكوى أخرى في المعدة أو الأمعاء ؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Diabetes or any disorder of the kidneys, liver, bladder, bowel, stomach disorder, genital organs, urinary stones or Urinary system? هـ) سكري، أو أي اضطراب في الكلى، الكبد، المثانة، الأمعاء أو البطن أو الأعضاء التناسلية أو الحصى الكلوية أو الجهاز البولي	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Rheumatic fever, arthritis, paralysis, loss of limbs, gout or any bone or joint Disease? وـ) الحمى الروماتيزمية، التهاب المفاصل، التشتل، فقدان الأطراف أو مرض النقرس أو أيام من الأمراض الأخرى في العظام أو المفاصل ؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Enlarged glands or any form of cancer, tumor or disorder of the blood? زـ) تضخم في الغدد أو أيام شكل من أشكال السرطان أو الأورام أو أيام من أمراض الدم ؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Unexplained recurrent or persistent fever, weight loss, or any skin disorders? حـ) حمى متكررة أو مستمرة غير مشخصة أو فقدان للوزن، أو أيام أمراض جلدية ؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Have you ever suffered from any sexually transmitted disease (such as syphilis or Gonorrhea) or ever-sought medical advice, treatment or a blood test in connection with a viral disease (such as hepatitis B or AIDS)? طـ) هل عانيت أبداً من أي من الأمراض المنقلة جنسياً (مثل السفلس أو السيلان) أو طلبت المسحورة أو العلاج أو فحص دم يتعلق بمرض فيروسي (مثل التهاب الكبد الوبائي "ب" أو الإيدز) ؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Have you ever suffered from any disease or disorder of the eyes, ears, nose, throat or Mouth? يـ) أي اضطرابات أو مرض حدث لعين، الأذن، الأنف، الحنجرة أو الفم ؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Have you ever suffered from any illness, injury or disability not mentioned above? كـ) أي مرض أو اصابة، أو عجز لم يتم ذكره أعلاه ؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	نعم Yes	لا No	نعم Yes	لا No
I) Are you presently taking medication of any kind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Have you ever received treatment with blood products or undergone a blood transfusion?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) Have any of your parents, brothers or sisters suffered from: Diabetes, stroke, heart disease, cancer, tuberculosis or mental illness? (If so, please state the relationship and give details also mentioning condition and approximate age at onset)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(ن) هل عانى أي من أفراد عائلتك (الأب، الأم، الآخوة، الأخوات) من السكري، جلطة، أمراض القلب، السرطان ، السلس، أو مرض عقلي؟ (إذا أجابت بنعم اذكر صلة القرابة وتتفاصيل المرض والحالة الصحية الحالية والعمر التقريري وقت التشخيص)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o) Are you in a good health and free from any defect or deformity?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(س) هل أنت بصحة جيدة وتخلو من أي عيب أو عاهة جسدية؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Declarations: I/We hereby declare that to the best of my/ our knowledge and belief, the answers and statements given in this application are true and complete. I/ We agree to provide all the necessary documents as and when required by the Company and certify that all documents provided are true copies of the original. I/ We agree that they shall (together with any additional forms/attachments) form a part of any policy contract that may be issued on the strength thereof by Orient Insurance PJSC(hereinafter referred as "the Company". IN CASE ANY OF THE ABOVE INFORMATION IS FOUND TO BE FALSE OR UNTRUE OR MISLEADING OR MISREPRESENTING, THE INSURANCE POLICY ISSUED BASED ON SUCH INFORMATION SHALL BECOME ABSOLUTELY NULL AND VOID AND ALL THE PREMIUMS PAID IN RESPECT OF THE POLICY SHALL BE FORFEITED TO THE COMPANY.

I/We agree to inform the Company in writing of any change in my/ our personal health, family history, occupation, travel, hazardous activities, place of residence or any other material fact that could affect the underwriting decision of the Company and occurred between the date of this application and the date of policy issuance. I/ We understand that the Company has the right to cancel my/ our application/ policy, if the premium is not received by the Company or if any of the requirement asked by the Company is not provided by me/ us. The insurance cover shall start only after issuance of policy by the Company.

Authorization: I / We hereby irrevocably authorize and request any hospital, clinic, medical practitioner or any other institution having any records, reports or knowledge of my/ our financial circumstances, physical or mental health to disclose such information to Orient insurance PJSC or its authorized representative any and all information needed about me/us. I / We agree that this authority shall remain in force during my/ our life and after my/ our death. Photocopy of this authorization shall be suitable evidence of this authority and legally original.

I / We hereby agree and authorize Orient Insurance PJSC, at its sole discretion, to accept communications, instructions, scanned copy of documents received through electronic means including email, SMS, generated from the email ID or mobile number(s) mentioned in this application or registered with the Company anytime later. I/ We understand that my/ our telephone calls may be recorded or monitored for training, quality, administrative or regulatory purposes. The Company accepts premiums through authorized banking channels such as direct debit, credit cards, standing instructions, online payment portal of the Company or through selected exchange houses. **HOWEVER, THE COMPANY WILL NOT ACCEPT CASH PAYMENTS AND WILL NOT BE LIABLE FOR ANY SUCH PAYMENTS MADE TO AGENTS, CONSULTANTS, INTERMEDIARIES AND ANY OTHER PARTIES.**

اقرارات: اقر/ نقر بموجب هذا بيان، على حد علمي واعتقادي، الإجابات والبيانات لمقدمة في هذا الطلب صحيحة وكاملة، وأوافق/نؤاف على تقديم كافة المستندات المطلوبة حسبما ومتى تطلب الشركة، وأشهد/ نشهد بأن كافة المستندات المقدمة هي صورة طبق الأصل من المستندات الأصلية، وأوافق/نؤاف على أنها شكل (مع أي نماذج إضافية) جزءاً من أي عقد تأميني قد يتم إبرامه موجهاً بواسطة شركة اوريت للتأمين ش.م.ع (يشار إليها فيما بعد باسم "الشركة"). إذا تبين زيف أو عدم صحة أي من المعلومات المذكورة أعلاه أو احتواها على مغالطات أو تدليس، فإن وثيقة التأمين التي صدرت بناءً على تلك المعلومات تصبح لاغية وباطلة تماماً، ويتم مصدرة جميع الأقساط المدفوعة بشأنها لصالح الشركة.

أقر/نقر بإخطار الشركة كتابةً بأي تغيير في صحتي/صحتنا الشخصية أو سجل العائلة الصحي أو المهنة أو السفر أو الأنشطة الخطرة أو محل الإقامة أو أي حقيقة جوهرية أخرى قد تؤثر على قرار الشركة في الاكتتاب في وثائق التأمين، يقع في الفترة بين تاريخ تقديم هذا الطلب وتاريخ وثيقة التأمين، وأفهم/نؤاف أن الشركة الحق في الغاء طلب/وثيقة التأمين الخاص بي/بنا، في حالة عدم سداد قسط التأمين إلى الشركة أو إذا لم أقم/نفي بأي متطلب من المتطلبات التي تطلبها الشركة، ولا يبدأ الغطاء التأميني إلا بعد إصدار الشركة لوثيقة التأمين.

الإجازة: أجز/نجيز بشكل غير قابل للإلغاء وأطلب/نطلب من أي مستشفى أو عيادة أو طبيب أو أي مؤسسة أخرى لديها أي سجلات أو تقارير أو معلومات تتعلق بظروفه/في/ظروفه/فنا المالية أو صحتي/صحتنا الدنية أو العقلية أن تفصح عن تلك المعلومات إلى شركة اوريت للتأمين ش.م.ع أو ممثلها المفوض وأي وثيقة المعلومات المطلوبة التي تتطلب بي/بنا. أوافق/نؤاف على أن تلك هذه الإجازة سارية طيلة فترة حياتي/حياتنا وبعد وفاتي/وفاتنا. وتعتبر صورة هذه الإجازة دليلاً مناسباً على هذه الإجازة وأصلية من الناحية القانونية.

أوافق/نؤاف وأفوض/نفوض بموجب هذا شركة اوريت للتأمين ش.م.ع، وفقاً لتفضيلها الشخص، بقبول البلاغات أو التعليمات أو النسخ المسموحة ضوئياً من المستندات من خلال الوسائل الالكترونية، بما في ذلك البريد الالكتروني والرسائل النصية القصيرة الصادرة من عنوان البريد الإلكتروني أو رقم (أرقام) الهاتف المتحرك المذكورين في هذا الطلب أو المسجلين لدى الشركة في أي وقت لاحق. أفهم/نؤاف أن مكالماتي/مكالماتنا الهاتفية قد تكون مسجلة أو مرآبة لأغراض التدريب أو الجودة أو للأغراض الإدارية أو التنظيمية.

تقبل الشركة أقساط التأمين من خلال القنوات المصرفية المعتمدة مثل الخصم المباشر أو بطاقات الائتمان أو التعليمات الدائمة أو بطاقة الدفع عبر الانترنت الخاصة بالشركة، أو من خلال مكاتب الصرافة المختارة. ومع ذلك، لن تقبل الشركة المدفوعات النقدية ولن تكون مسؤولة عن أي من تلك المدفوعات المقدمة إلى الوكاء أو الاستشاريين أو شركات الوساطة أو أي أطراف أخرى.

AML/ CFT Regulations: I/ We hereby declare that any premium paid to the Company is not of criminal origin or directly or indirectly related to criminal activities or any actual or attempted money laundering or tax evasion. I/ We further declare that any premiums that I/ We pay to the Company will not contravene any applicable exchange control regulations, trade or economic sanctions.

Sanctions Clause: I/ We understand and agree that the Company will neither provide cover nor pay any claim or pay any benefit hereunder to the extent that the provision of such cover, payment of such claim or provision of such benefit would expose the Company to any sanction, prohibition or restriction under United Nations resolutions or the trade or economic sanctions, laws or regulations of any jurisdiction applicable to the Company or its reinsurers.

Exclusion: Any loss or injury or treatment caused directly or indirectly, wholly or partially during military services, operations, training and/or loss resulting from use of explosives/weapons whether the consequence of aggression, violent act or armed fight against the enemy or any other party during war or any other internal/external security operations in war or peace. All other exclusion shall apply as per agreed terms & conditions agreed in the policy.

Data Protection: I/ We hereby authorize the Company to process, transfer and/ or share my personally identifiable medical, financial, and other personal information about me/ us, claimants and beneficiaries with the reinsurers, investigators, third parties who provide services to the Company or and to my/ our insurance or financial consultants and the intermediaries for the purpose of issuance, servicing of this insurance policy, claims processing and settlements. The Company may share such information with their auditors, professional advisors, any regulatory body, court or other competent authority as well. I also hereby give consent to Orient Insurance PJSC to process and use the Personal Data which may include transfer of Data to jurisdiction outside United Arab Emirates within the context of business relationship requirements.

Confirmation: I/ We hereby agree to the terms and conditions of the policy and confirm & acknowledge that I/ We have understood all the features and benefits of the plan, exclusions and limits. It is acknowledged and understood that this policy is sold under the laws of United Arab Emirates. Scope of the cover is worldwide, however company shall have the right to review the residential loading for the provided covers in case of relocation outside the United Arab Emirates

اللوائح التنظيمية لمكافحة غسل الأموال ومحاربة تمويل الإرهاب (AML/CFT)
أقر/نفر بمحض هذا بأن أي قسط تأميني يدفع للشركة ليس له أصل إجرامي أو يرتبط بشكل مباشر أو غير مباشر بالأنشطة الإجرامية أو بأى عملية غسل أموال أو تهرب ضريبي فعليه أو جرى محاورتها. وأقر/نفر أيضًا بأن أي أقساط تأمينية أدفعها إلى الشركة إن تختلف أي من الأنظمة الخاصة بالرقابة على الصرف المعمول بها أو المغوبات التجارية أو الاقتصادية.

بند العقوبات: أفهم/نفهم وأتفق/نوافق على أن الشركة لن تقدم تعطية أو تدفع أي مطالبة أو تدفع أي منفعة بمحض هذا البند إلى الحد الذي قد يؤدي فيه تقديم هذه التعطية أو دفع هذه المطالبة أو تقديم هذه المنفعة إلى تعريض الشركة لأى عقوبة أو حظر أو تقييد بمحض قرارات الأمم المتحدة أو العقوبات التجارية أو الاقتصادية أو القوانين أو الأنظمة الخاصة بأى دولة، المطبقة على الشركة أو شركات إعادة التأمين التابعة لها.

استثناء خاص بال العسكريين / أفراد القوات المسلحة
أى خسارة أو إصابة أو علاج تنتيج بشكل مباشر أو غير مباشر ، كلياً أو جزئياً أثناء الخدمات والعمليات العسكرية والتدريب و/ أو الخسارة الناتجة عن استخدام المتفجرات/ الأسلحة ، سواء كانت نتيجة عمل عادل أو عمل عنيف ، أو القتال ضد العدو أو أي طرف آخر أثناء الحرب أو أي عمليات أمنية داخلية/خارجية أخرى سواء في الحرب أو السلم . يتم تطبيق جميع الاستثناءات الأخرى وفقاً للشروط والأحكام المتفق عليها في الوثيقة .

حماية البيانات: أخول/نحو بمحض هذا الشركة بمطالبة / أو نقل و/ أو مشاركة معلومات الطيبة الشخصية والمالية وغيرها من المعلومات الشخصية الخاصة بي/ينا، وتقديم المعلومات والمستفيدين لدى شركات إعادة التأمين والمحققين والأطراف الثالثة التي تقدم خدمات إلى الشركة و/ أو إلى الاستشاريين التأمينيين أو المالين وشركات الوساطة التابعة لنا لغرض اصدار وتقديم وثيقة التأمين الممثلة ومعالجة وتسوية المطالبات. يجوز للشركة مشاركة هذه المعلومات مع مدققي الحسابات أو المستشارين المحترفين أو أي جهة تابعة لها أو محكمة أو سلطة مختصة أخرى أيضًا .
أتفق/نفر بمحض هذا الشركة **اورينت للتأمين ش.م.ع** على أن تقوم بمراجعة واستخدام البيانات الشخصية التي قد تشمل نقل البيانات إلى دولة تقع خارج الإمارات العربية المتحدة في سياق متطلبات العلاقة التجارية.

التاكيد: أتفق / نحن بمحض هذا على شروط وأحكام السياسة وأؤكد وآقر بأنني نحن قد فهمنا جميع ميزات وفوائد الخطبة والاستثناءات والقيود. من المسلم به والمفهوم أن هذه السياسة تباع بمحض قوانين دولة الإمارات العربية المتحدة. نطاق التغطية عالمي ، ومع ذلك يحق للشركة مراجعة التحميل السكني للأغلفة المقدمة في حالة الانتقال خارج دولة الإمارات العربية المتحدة.

Signature of the Primary Life:
توقيع الحياة الرئيسية:

Date: _____ Place: _____
التاريخ: _____ مکان: _____

Signature of the Secondary Life:
توقيع المؤمن عليه الثانوي

Date: _____ Place: _____
التاريخ: _____ مکان: _____

Signature of the Policyholder (if other than the person to be assured):
توقيع حامل العقد (إذا كان غير الشخص الذي سيتم التأمين على حياته)

Date: _____ Place: _____
التاريخ: _____ مکان: _____

Notes:

- (I) The Company is bound only by documents bearing the signature of an official authorized to sign on its behalf.
- (II) The Company is not on risk until acceptance of the proposal which has been communicated in writing and the first premium has been received at the Company's head office.
- (III) Orient Insurance (PJSC) is not responsible for any collection by Cash unless the receipt is issued by the company.

١) تلتزم الشركة بالأوراق التي تحمل توقيع الشخص المخول بالتوقيع عنها.

٢) لا يعتبر طلب الأمين مقبولاً من قبل الشركة ما لم يتم الموافقة عليه خطياً من مقرها الرئيسي وتحصيل القسط الأول.

٣) لا تحمل شركة المشرق للتأمين (PJSC) أي مسؤولية تجاه مبالغ مدفوعة نقداً مالم تصدر بها إيصالاً.

Agent / Broker Report (Not Applicable - In case of Bank)

Please provide details where required:

1. How long have you known the proposed life to be Assured?
2. Are you related to the above? Yes No
If yes, please give details
3. Does the life to be assured have a valid residence visa? Yes No
If no, please provide details
4. Do you have any knowledge about the applicant that might effect the underwriting risk particularly concerning present or past health, finances, reputation, smoking habit or other habits? Yes No
If so, please give details
5. Have you provided the applicant with a copy of the offer illustration? Yes No
6. Total Annual premium is Applicant Age
7. Does the applicant appear to be healthy? Yes No
8. Source of income Service Financial Institute Business Entity Others

I have explained the entire content of this application form to the applicant, and acknowledge that all statements and answers to the questions posed are those of the applicant.

Agent/ broker Name: **Agent/ broker Code:**

Signature: **Date:**

WAR ZONE DECLARATION

I agree to the following Terms and Conditions / exclusions and understand their impact on the policy and any supplementary contract attached thereto. I hereby confirm my acceptance.

War Zone / Sanctioned Countries Exclusion

Full Name: (as per the passport): _____ الاسم بالكامل: (حسب جواز السفر): _____

Application/ Proposal No.: _____ رقم الطلب / المقترن: _____ Date of Application: _____ تاريخ تقديم الطلب: _____

I/We agree and confirm that the Policy will not cover the following:

- Death/disability for basic cover or riders' benefits including PWR benefit under this policy where death, injury or disability of the life assured occurs as a direct or indirect result howsoever caused of the life assured traveling to or from, visiting, residing or living in War risk zones (Syria, Iraq, Iran, Sudan, Afghanistan, Palestine, Russia, Ukraine, Belarus, Cameroon etc.)
- Political violence, travel to Africa or War risk zones and any other countries as mentioned above.
- Any political/military relationships with countries/entities on the European/Office of Foreign Assets Control sanctions list (even if claim occurs within GCC).
- Where a member is travelling to or visiting a country after war has been declared in that country or after it has been recognized as a war zone by any one of the competent International Agencies namely be United Nations or the USA or the EU or UK or any other competent International Agencies or if foreign offices advice against all travel in that country or where there are war like operations.

Conditions for Russia/ Belarus/ Ukraine

- I/We agree and confirm that no maturity/surrender/partial surrender payout shall be requested to be paid to bank accounts in Russia/ Belarus/ Ukraine or any other sanctioned country.
- I/We agree and confirm that the Premium shall be paid from UAE bank accounts and any payout shall be requested only to UAE bank accounts.
- I/We confirm that I/we is/ are UAE resident visa holder(s) and any change in this status will be communicated to Orient immediately.

إقرار مناطق الحرب

أوافق على الشروط والأحكام/ الاستثناءات الواردة أدناه، وأدرك تأثيرها على وثيقة التأمين وأي عقد تكميلي مرتبط بها. وأقر بموجب هذا الإقرار بموافقتني عليها.

استثناءات مناطق الحرب والدول الخاضعة للعقوبات

أوافق/ نوافق وأقر/ نقرأ وثيقة التأمين لن تغطي ما يلي:

- الوفاة أو العجز في التغطية الأساسية أو الاستحقاقات الإضافية، بما في ذلك استحقاق قيود العمل الدائمة بموجب وثيقة التأمين. في حالة حدوث الوفاة أو الإصابة أو العجز للمؤمن عليه كنتيجة مباشرةً أو غير مباشرةً -بغض النظر عن السبب- لسفر المؤمن عليه ذهاباً وإياباً أو زيارةً أو إقامته أو عيشه في المناطق المحفوظة بمخاطر الحرب (سوريا والعراق وإيران والسودان وأفغانستان وفلسطين وروسيا وأوكرانيا وبيلاروسيا والكاميرون، وما إلى ذلك).
- العنف السياسي، والسفر إلى أفريقيا أو المناطق المحفوظة بمخاطر الحرب وأي دولة أخرى على النحو المذكور أعلاه.
- أي علاقات سياسية أو عسكرية مع دول أو كيانات مدرجة في قائمة عقوبات الاتحاد الأوروبي أو مكتب مراقبة الأصول الأجنبية (حتى لو حدثت المطالبة داخل دول مجلس التعاون الخليجي).
- في حالة سفر أحد المشتركين أو زيارته لأحد الدول بعد إعلان الحرب فيها أو بعد تصنيفها كمنطقة حرب من جانب أي من الجهات الدولية المختصة، وبالتحديد الأمم المتحدة أو الولايات المتحدة الأمريكية أو الاتحاد الأوروبي أو المملكة المتحدة أو أي جهة دولية مختصة أخرى. أو في حال أوصت مكاتب الخارجية بعدم السفر إلى تلك الدولة. أو في حال وجود عمليات شبيهة بالحرب فيها

الشروط الخاصة بروسيا/ بيلاروسيا/ أوكرانيا

- أوافق/ نوافق وأقر/ نقرأ أنه لن يتم طلب دفع أي استحقاق أو مبلغ استرداد كلّي أو جزئي إلى حسابات بنكية في روسيا أو بيلاروسيا أو أوكرانيا أو أي دولة أخرى خاضعة للعقوبات.
- أوافق/ نوافق وأقر/ نقرأ أن قيسط التأمين سيتم دفعه من حسابات بنكية في دولة الإمارات العربية المتحدة وأنه سيتم طلب أي دفع إلى حسابات بنكية في دولة الإمارات العربية المتحدة حصرًا.
- أقر/ نقرأ أنني (أنا) حامل (حاملي) تأشيرة إقامة في دولة الإمارات العربية المتحدة. وأنه سيتم إبلاغ شركة أورينت على الفور بأي تغيير في هذه الحالة.

Dated and Signed at _____ تم التوقيع في _____ on this _____ day of _____ 20_____ من شهر _____ لعام _____

Name of Primary Life	اسم المستفيد الأساسي	Signature of Primary Life	توقيع المستفيد الأساسي
Name of Secondary Life	اسم المستفيد الثانوي	Signature of Secondary Life	توقيع المستفيد الثنائي
Name of Policyholder (if other than the person to be assured)	اسم حامل الوثيقة (في حال كان شخصاً آخر بخلاف المؤمن عليه)	Signature of Policyholder (if other than the person to be assured)	توقيع حامل الوثيقة (في حال كان شخصاً آخر بخلاف المؤمن عليه)

CRS INDIVIDUAL SELF-CERTIFICATION FORM

نموذج الإقرار الضريبي الذاتي للأفراد الخاص بالمعايير الموحدة للإبلاغ

The Common Reporting Standard (CRS), is a tax information exchange standard developed by the organization for economic co-operation and development (OECD) and approved on 15 July 2014. CRS defines a minimum standard for governments to obtain account related information from financial institutions and automatically exchange that information with partner jurisdictions on an annual basis."

المعايير الموحدة للإبلاغ الضريبي هي معايير تبادل المعلومات الضريبية التي وضعتها منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية وتمت المصادقة عليها بتاريخ ١٥ يوليو ٢٠١٤. وتحدد المعايير الموحدة للإبلاغ الضريبي الحد الأدنى من المعلومات للحكومات للحصول على المعلومات المتعلقة بالحسابات من المؤسسات المالية وتبادل تلك المعلومات تلقائياً مع الولايات القضائية الشريكة سنوياً.

Proposal/Policy No:	رقم المقترن /وثيقة التأمين:
Full Name: (as per the passport):	الاسم بالكامل: (حسب جواز السفر):

Please complete the following table indicating (i) where the Account Holder is tax resident and (ii) the Account Holder's Taxpayer Identification Number (TIN) for each country/jurisdiction indicated

Note: If the Account Holder is tax resident in more than three countries/jurisdictions, please use a separate sheet.

If a TIN is unavailable please provide the appropriate reason A, B or C where indicated below:

Reason A

The country/jurisdiction where the Account Holder is resident does not issue TINs to its residents.

Reason B

The Account Holder is otherwise unable to obtain a TIN or equivalent number, please explain why you are unable to provide the required information.

Reason C

No TIN is required. (Note. Only select this reason if the domestic law of the relevant jurisdiction does not require the collection of the TIN issued by such jurisdiction).

يرجى إكمال الجدول التالي مع ذكر (١) بلد الإقامة الضريبي لصاحب الحساب: (٢) ورقم التعريف الضريبي الخاص بصاحب الحساب لكل بلد/ولاية قضائية مذكورة.

ملاحظة: في حال كان لصاحب الحساب إقامة ضريبية في أكثر من ثلاثة دول /ولايات قضائية، يرجى استخدام ورقة منفصلة. في حال كان رقم التعريف الضريبي غير متوفر، يرجى ذكر السبب المناسب (أ) أو (ب) أو (ج) على التحول المبين أدناه:

السبب (١)

عدم إصدار الدولة / الولاية القضائية التي يقيم فيها صاحب الحساب أرقام تعريف ضريبية للمقيمين بها.

السبب (ب)

عدم قدرة صاحب الحساب على الحصول على رقم التعريف الضريبي أو أي رقم مكافئ؛ يرجى توضيح سبب عدم قدرتك على تقديم المعلومات المطلوبة.

السبب (ج)

رقم التعريف الضريبي غير مطلوب. (ملاحظة: اختار هذا السبب فقط إذا كان القانون المحلي للولاية القضائية ذات الصلة لا يتطلب الحصول على رقم التعريف الضريبي الصادر عن هذه الولاية القضائية).

Country/Jurisdiction of Tax Residence البلد / الولاية القضائية لإقامة الضريبة	Taxpayer Identification Number (TIN) رقم التعريف الضريبي	If no TIN available enter reason A, B or C في حال عدم توافر رقم التعريف (أ) أو (ب) أو (ج) الضريبي، اكتب السبب (أ) أو (ب) أو (ج)	If reason B Selected, please explain في حال اختيار السبب (ب)، يرجى التوضيح
1.			
2.			
3.			

Questions:	الأسئلة:	Yes/No نعم / لا	If "Yes" please provide the details: في حالة الإجابة بنعم، يرجى تقديم التفاصيل
1.Did you obtain UAE tax residency under a residency by investment scheme? هل حصلت على الإقامة الضريبية في الإمارات العربية المتحدة بموجب نظام الإقامة عن طريق الاستثمار؟			
2.Are you a resident in any other jurisdiction(s)? هل أنت مقيم في أي ولاية/ولايات قضائية أخرى؟			
3.In which jurisdiction(s) have you been subject to personal income tax during the previous calendar year? في أي ولاية/ولايات قضائية خضعت لضريبة الدخل الشخصي خلال السنة الميلادية السابقة؟			

Declaration & Signature:

I understand that the information supplied by me is covered by the full provisions of the terms and conditions governing the Account Holder's relationship with Orient Insurance PJSC setting out how Orient Insurance PJSC may use and share the information supplied by me. I acknowledge that the information contained in this form and information regarding the Account Holder and any Reportable Account(s) may be provided to the tax authorities of the country/jurisdiction in which this account(s) is/are maintained and exchanged with tax authorities of another country/jurisdiction or countries/jurisdictions in which the Account Holder may be tax resident pursuant to intergovernmental agreements to exchange financial account information. I certify that I am the Account Holder (or am authorized to sign for the Account Holder) of all the account(s) to which this form relates. I declare that all statements made in this declaration are, to the best of my knowledge and belief, correct and complete. I undertake to advise Orient Insurance PJSC within 30 days of any change in circumstances which affects the tax residency status of the individual identified in the application/this form or causes the information contained herein to become incorrect or incomplete, and to provide Orient Insurance PJSC with a suitably updated self-certification and Declaration within 90 days of such change in circumstances.

أتفهم أن المعلومات التي قدمتها مشتملة بجميع الشروط والأحكام التي تحكم علاقتي صاحب الحساب مع شركة أوريتنت للتأمين مساهمة عامة. والتبرع تحدد كيفية استخدام المعلومات التي قدمتها. وأقر بأنني يجوز تقديم المعلومات الضريبية في هذه النموذج والمعلومات المتعلقة بصاحب الحساب وأي حساب/حسابات يتم الإبلاغ عنها إلى السلطات الضريبية في الدولة / الولاية القضائية التي يتواجد فيها هذا الحساب/الحسابات وتتبادلها مع السلطات الضريبية في دولة /ولاية قضائية أو دول /ولايات قضائية أخرى قد يكون صاحب الحساب مقيماً ضريبياً فيها عملاً بالاتفاقيات الحكومية الدولية لتبادل معلومات الحسابات المالية. أشهد بأنني صاحب الحساب (أو أنت المفوض بالتوقيع نيابة عن صاحب الحساب) للحساب/جميع الحسابات التي يتعلق بها هذا النموذج وأقر بأن جميع البيانات الواردة في هذا الإقرار على حد علمي واعتقادي، صحيحة وكاملة. كما أنه بعد إبلاغ شركة أوريتنت للتأمين مساهمة عامة خلال ٣٠ يوماً من تاريخ أي تغيير يطرأ على الظروف التي تؤثر على حالة الإقامة الضريبية للفرد المحدد في هذا الطلب/النموذج أو قد تنسحب في آن تصبح المعلومات الواردة في هذا النموذج غير صحيحة أو غير كاملة. بالإضافة إلى تقديم إقرار ضريبي ذاتي وأقرار محدث على نحو مناسب خلال ٩٠ يوماً من وقوع هذا التغيير في الطرف.

Date : التاريخ:	Full Name : الاسم الكامل:	Place : المكان:	Signature : التوقيع:

FATCA- SELF DECLARATION

In order to comply with FATCA (Foreign Account Tax Compliance Act), Orient Insurance PJSC requires declaration on tax status of U.S. citizens, Residents of U.S. territories and possessions, and Green Card holders (persons who have been granted permanent U.S. residency.)

قانون الامتثال الضريبي للحسابات الأجنبية - الإقرار الذاتي

من أجل الامتثال لقانون الامتثال الضريبي للحسابات الأجنبية. تطلب شركة اورينت للتأمين مساهمة عامة اقراراً بالحالة الضريبية لمواطنى الولايات المتحدة الأمريكية، والمقيمين في الأقاليم والممتلكات التابعة لها، وحاملى البطاقة الخضراء (الأشخاص الذين حصلوا على إقامة دائمة في الولايات المتحدة الأمريكية).

Application/ Proposal No.: _____ رقم الطلب/ المقترن:

Date of Application: _____ تاريخ تقديم الطلب:

Name of the Proposed Policyholder: _____ اسم حامل الوثيقة مقدم المقترن:

Place of Birth: City _____ Country _____ مكان الميلاد / المدينة / الدولة:

I am a U.S. citizen or a U.S tax resident and my U.S Taxpayer Identification number is (Non updaton of TIN may hold up issue of your policy)

--	--	--	--	--	--	--	--

أنا مواطن أمريكي أو مقيم ضريبي في الولايات المتحدة الأمريكية ورقم تعريف الضريبي الأمريكي هو (يجوز عدم إصدار وثيقة تأمينك في حال عدم تحديث رقم التعريف الضريبي)

I hereby confirm that I understand the United States tax consequences of my investment in the above policy. In particular I understand that the terms of the policy do not comply with the qualifying conditions laid down by s7702 and S817 of the Internal Revenue Code, and that the policy will not benefit from the tax treatment that applies to policies that comply with these conditions.

أؤكد بمحاجة أنني أفهم التبعات الضريبية بالولايات المتحدة المترتبة على استئماري في وثيقة التأمين المذكورة أعلاه. كما أتفهم تحديد أن شروط الوثيقة لا تتوافق مع الشروط المطلوبة المنصوص عليها في المادة 57702 و 817 من قانون الإيرادات الداخلية، وأن الوثيقة لن تستفيد من المعاملة الضريبية التي تطبق على وثائق التأمين التي تتوافق مع هذه الشروط.

I hereby understand and agree that neither Orient Insurance PJSC ("Orient") nor any of its affiliates are advising me in respect of any United States Laws or the tax consequences of my /our investment in the above policy. Accordingly, I have conducted such investigations and analysis regarding the policy described above as I have deemed appropriate prior to my/our investment and, to the extent I have deemed necessary, obtained independent advice from competent legal, financial, tax, accounting and other professionals, to enable me to understand and recognize fully the legal, financial, tax and other risks arising from such investment.

أتفهم وأوافق بموجبه على أن شركة اورينت للتأمين مساهمة عامة ("شركة اورينت") أو أي من الشركات التابعة لها لنقدم المشورة لي فيما يتعلق بأى من قوانين الولايات المتحدة أو العواقب الضريبية لاستثماري / استثمارنا في وثيقة التأمين المذكورة أعلاه، وبيناء على ذلك، أجريت التحقيقات والتحليلات المتعلقة بالوثيقة المذكورة أعلاه على النحو الذي أعتبره مناسباً قبل استئماري / استثمارنا. وبالقدر الذي أراه ضرورياً، وحصلت على مشورة مستقلة من المختصين القانونيين والماليين والضريبيين والمحاسبين وغيرهم من المهنيين المختصين. لتمكيني من فهم وإدراك المخاطر القانونية والمالية والضريبية وغيرها من المخاطر الناشئة عن هذا الاستثمار.

I irrevocably permit Orient to make such disclosures to any such authorities without obtaining further written or oral permission from me. This document shall form an integral part of the insurance application form and its terms and conditions. I further understand and agree that I will not hold Orient liable for any adverse US tax consequences suffered by me as a result of my investment in the policy.

أسمح لشركة اورينت بشكل نهائى بإجراء أي إفصاح من هذا القبيل لأى جهة دون الحصول على إذن خطوى أو شفهي آخر مني. وتشكل هذه الوثيقة جزءاً لا يتجزأ من نموذج طلب التأمين وشروطه وأحكامه. كما أتفهم وأوافق كذلك على أننى لن أحمل شركة اورينت المسؤلية عن أي عواقب ضريبية سلبية خاصة بالولايات المتحدة تلحق بي نتيجة استئماري في وثيقة التأمين.

I also undertake to pay any annual tax liability, State Premium Tax, Federal Excise Tax, State or Federal tax or any other taxes which may be due under the policy and, in the event that Orient is pursued for any such taxes in the United States. I hereby permit Orient to make good the liability from the underlying assets in the Policy.

كما أتفنى أتعهد بدفع أي التزام ضريبي سنوى، أو ضريبة أقساط التأمين الحكومية، أو ضريبة المكوس الفيدرالية، أو الضريبة الحكومية أو الضرائب الفيدرالية أو أي ضرائب أخرى قد تكون مستحقة بموجب وثيقة التأمين. وفي حال ملاحة شركة اورينت قضائياً عن أي من هذه الضرائب في الولايات المتحدة. أسمح بموجبه لشركة اورينت بتسديد الالتزام من الأصول الأساسية في وثيقة التأمين.

I understand that if at any time during the term of the policy I am resident in the United States, Orient will not be able to accept instructions to increase regular premiums, accept additional premiums, reinstate paid-up premiums.

أتفهم أنه في حال كنتُ مقيماً في الولايات المتحدة في أي وقت خلال مدة وثيقة التأمين، لن تتمكن شركة اورينت من قبول تعليمات زيادة الأقساط المنتظمة أو قبول أي أقساط إضافية أو إعادة الأقساط المدفوعة.

I hereby certify that the information provided above is true.

أقر بموجبه بأن المعلومات المقدمة أعلاه صحيحة.

Signature : _____ التوقيع:

Place : _____ المكان:

Date : _____ التاريخ:



TOLL FREE 800-ORIENT (674368)

orient.service@alfuttaim.com

DUBAI | ABU DHABI | ALAIN | SHARJAH | RAS AL KHAIMAH

HIGHEST RATED INSURER IN THE MIDDLE EAST

An Al-Futtaim group company

SERVING CUSTOMERS SINCE 1982