



طلب للتأمين على الحياة

Proposal for Life Insurance

(نموذج طلب بوليصة تأمين مشترك أو بوالص تأمين على حياة القاصرين)
(Proposal Form for Joint life or policies on the lives of minors)

طلب للتأمين على الحياة

Proposal for Life Insurance

(نموذج طلب بوليصة تأمين مشترك أو بوالص تأمين على حياة القاصرين)
(Proposal Form for Joint life or policies on the lives of minors)

يُرجى المصادقة على التعديلات /التصحیحات، والتوقيع أسفل كل صفحة

Please write all answers in BLOCK capital Letters. Kindly authenticate alterations/corrections

رقم الإدخال Inward No		تاريخ الإدخال Date of inward		تاريخ الطلب Date of Proposal	
اسم الاستشاري Name of Consultant				رقم كود الاستشاري Consultant Code No	
اسم الوكيل الرئيسي Chief Agent Name				رقم الوكيل الرئيسي Chief Agent Code No	
عملة إيداع الطلب: دينار دولار بحريني/ درهم أمريكي/ دينار إماراتي/ ريال كويتي/ قطري Proposal Deposit Currency : BD / USD / AED / KD / OR / QR			مبلغ إيداع الطلب Proposal Deposit Amount		
تاريخ إيداع الطلب Date of Proposal Deposit			رقم الطلب Proposal Number		
طريقة دفع مبلغ إيداع الطلب Proposal Deposit Payment Mode			تاريخ إيداع الطلب Telex Transfer		
			كمبيالة تحت الطلب Demand Draft		

الجزء أ: البيانات الشخصية لمقدم الطلب /المؤمن على حياته حسب الحالة

من فضلك اذكر تفاصيل البيانات الشخصية لمقدم الطلب /المؤمن على حياته حسب الحالة، حسب الأسئلة المذكورة أدناه:

Part A: Personal Details of Proposer/Life to be Assured (L A) as the case may be

Please provide details of proposer/s or Life to be Assured as the case may be as per questions mentioned there

1.	Particulars: Proposer / Life to be Assured 1 Name (As appearing in the Passport)								التفاصيل: مقدم الطلب / المؤمن على حياته ١ الاسم (حسبما يظهر في جواز السفر)								
	الاسم الأول First Name				اسم الأب والجد Middle Name				اسم العائلة Last Name								
	Particulars: Proposer / Life to be Assured 2 Name (As appearing in the Passport)								التفاصيل: مقدم الطلب / المؤمن على حياته ٢ الاسم (حسبما يظهر في جواز السفر)								
	الاسم الأول First Name				اسم الأب والجد Middle Name				اسم العائلة Last Name								
		مقدم الطلب / المؤمن على حياته ١ Proposer / Life to be Assured 1								مقدم الطلب / المؤمن على حياته ٢ Proposer / Life to be Assured 2							
2.	الجنس Gender	ذكر Male								أنثى Female							
		ذكر Male								أنثى Female							
3.	تاريخ الميلاد Date of Birth	D	D	M	M	Y	Y	Y	Y	D	D	M	M	Y	Y	Y	Y

مقدم الطلب / المؤمن على حياته ١ Proposer / Life to be Assured 1				مقدم الطلب / المؤمن على حياته ٢ Proposer / Life to be Assured 2	
4.	السن Age	سنة Years	شهر Months	سنة Years	شهر Months
5.	إثبات السن Age Proof Submitted				
6.	مكان الميلاد Place of Birth				
	بلد الميلاد Country of Birth				
7.	Relationship with علاقته بـ				
مقدم الطلب / المؤمن على حياته ١ Proposer / Life to be Assured 1				مقدم الطلب / المؤمن على حياته ٢ Proposer / Life to be Assured 2	
8.	Father's full Name (Surname first)				اسم الأب بالكامل (اللقب أولاً)
9.	Nationality/ Citizenship/s: Kindly mention names of Countries of which you are holding citizenship				
				الجنسية / المواطنة: يرجى ذكر أسماء الدول التي تحمل جنسيتها	
10.	Passport Details تفاصيل جواز السفر				
Number رقم		Date of Expiry تاريخ الانتهاء		Number رقم	
Country of Issue بلد الإصدار				Country of Issue بلد الإصدار	
11.	CPR / Emirate ID / Citizenship Card No Number رقم البطاقة التعريفية / بطاقة الإقامة / بطاقة المواطنة				
Number رقم		Date of Expiry تاريخ الانتهاء		Number رقم	
12.	VISA issued by Country / Emirate تأشيرة الإقامة / مصدرة بواسطة				
13.	Address for Communication at present place of residence (Kindly provide address proof)				
				عنوان الاتصال في محل الإقامة الحالي (يرجى تقديم إثبات ملائم للعنوان)	
الدولة / الإمارة Country / Emirates :				الدولة / الإمارة Country / Emirates :	

مقدم الطلب / المؤمن على حياته ١ Proposer / Life to be Assured 1		مقدم الطلب / المؤمن على حياته ٢ Proposer / Life to be Assured 2	
14 .	Permanent Address in Home country Please provide address proof العنوان الدائم في البلد الأم		
15 .	Contact Phone Numbers (If multiple phone numbers are present, kindly provide the same.) أرقام هواتف الاتصال (في حالة وجود عدة أرقام هاتف، أذكرها.)		
		رمز الاتصال الدولي بالمشاركين ورقم الجوال ISD Code and Mobile No.	الاتصال الدولي بالمشاركين ورقم الجوال رمز ISD Code and Mobile No.
a.	Mobile Number/s at present place of residence أ-أرقام رقم/الهاتف المحمول في محل الإقامة الحالي		
b.	Mobile Number in home Country ب -رقم الجوال في موطنك		
c.	Office Telephone Numbers ت -أرقام هاتف المكتب		
d.	Residence Telephone number (Present Address) ث -رقم هاتف السكن (العنوان الحالي)		
e.	Residence Telephone number (Home Country) ج -رقم هاتف السكن (بلدالموطن)		
16 .	Email-id/s عنوان /عناوين البريد الإلكتروني		
17 .	Educational Qualifications مؤهلات التعليم Class of Study for minor life to be assured (فئة الدراسة) (للمؤمن على حياته فقط) مؤهلات التعليم		
18 .	Annual Income from all sources: الدخل السنوي من كافة المصادر		
USD	BD	AED	KD
OR	QR	USD	BD
AED	KD	OR	QR
19 .	Sources of Income / Funds for payment of premium (Please specify and submit self-attested documentary proof) مصدر الدخل / الأموال لدفع مبلغ أو أقساط التأمين (يرجى تحديد مصدر وتقديم دليل موثق ذاتيا لمصدر الأموال)		
Salary Income Business Income Other sources		Salary Income Business Income Other sources	
20 .	Occupation / Profession and Nature of Duties الوظيفة / المهنة وطبيعة الواجبات		

21	Particulars of the Plan/s proposed for Life Insurance								تفاصيل الخطة /الخطط المقترحة من أجل التأمين على الحياة	
	الخطة Plan	المدة (السنوات) Term (Years)	مدة دفع القسط Premium paying term	طريقة الدفع سنوي /نصف سنوي / ربع سنوي / شهرية /قسط واحد Mode: Yly/ Hly/ Qly/Mly/S.P.	مبلغ التأمين (بالدولار الأمريكي) Sum Assured USD (\$)	القسط (بالدولار الأمريكي) Premium USD (\$)	إضافة قسط (بالدولار الأمريكي) Top Up Premium USD (\$)	تغطية الحوادث (يرجى مزايا ذكر مبلغ التأمين لتغطية) Double Accident benefits required (please state the Sum Assured)	إذا التاريخ بتاريخ سابق مطلوب Date of commencement (if back dating required)	
	المزايا الإضافية للتأمين، عند الاختيار: For additional insurance riders,if opted				(لا /نعم) ميزة حماية الأسرة مطلوبة A) Premium Waiver benefit required	YES NO	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	(لا /نعم) ميزة حماية الأسرة مطلوبة B) Family Protection benefit required	YES NO	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

22	Details of the previous insurance including policies with disability or critical illness cover with any insurance company worldwide.								تفاصيل التأمين السابق الخاصة بالإعاقاة أو تغطية الأمراض الخطيرة مع أي شركة تأمين في جميع أنحاء العالم؟ إذا كانت الإجابة بنعم ،يرجى إكمال التفاصيل أدناه
		أرقام بوليصة التأمين Policy Numbers	اسم شركة التأمين Name of Insurance Company	سنة الإصدار Year Of Issue	و مبلغ تغطية التأمين المزايا (بالدولار الأمريكي) Sum Assured USD (\$)	مع أو بدون التأمين ضد الحوادث Accident Benefit YES/NO	فترة البوليصة Policy Term	سبب تغطية التأمين Purpose for Cover	الوضع الحالي لوثيقة التأمين Present Status of the policy
	Please Note: The Company does not entertain any fresh proposal for insurance where a policy has lapsed or has been converted into paid up policy within the last three years or surrendered in last year.								ملاحظة: يُرجى العلم أن الشركة لا تقبل أي طلب جديد للتأمين في حالة انقضاء أحد وثائق التأمين أو إذا تم تحويلها إلى وثيقة مدفوعة خلال السنوات الثلاث الأخيرة أو تسليمها في العام الماضي.

مقدم الطلب / المؤمن على حياته ١ Proposer / Life to be Assured 1		مقدم الطلب / المؤمن على حياته ٢ Proposer / Life to be Assured 2	
23 .	Have you ever had an application for life, disability or critical illness insurance declined, postponed or accepted at other than normal terms?	هل سبق لك أن تم رفض أو تأجيل أو قبول طلب تأمين على الحياة أو العجز أو الأمراض الخطيرة بسبب خلاف للشروط العادية؟	
YES / NO If yes, please provide details.		YES / NO If yes, please provide details.	
24 .	Have you cancelled (under cooling off provision or otherwise) any policy of the Company during past one year as the same was not acceptable to you?	هل ألغيت (بموجب بند السماح أو غير ذلك) أي بوليصة تأمين للشركة خلال العام الماضي لأنها لم تكن مقبولة لك؟ إذا كانت م، أذكر التفاصيل الإجابة بنعم	
YES / NO If yes, please provide details.		YES / NO If yes, please provide details.	
25 .	Have you submitted any other proposal for insurance on your life or on the life of life to assured?	هل قدمت أي طلب آخر للتأمين على حياتك أو على حياة المؤمن عليه؟ إذا كانت الإجابة بنعم، أذكر التفاصيل	
YES / NO If yes, please provide details.		YES / NO If yes, please provide details.	
26 .	Is any application for revival of any of your policies or policies of Life to be assured is under Consideration?	هل يوجد أي طلب لإبقاء أي من البوالص الخاصة بك أو بوالص التأمين على الحياة قيد النظر؟ إذا كانت الإجابة بنعم، اذكر التفاصيل	
YES / NO If yes, please provide details.		YES / NO If yes, please provide details.	
27 .	Does your occupation require you to work at heights over 10 meter, work underground, offshore, at remote locations, handling or transporting hazardous material or any other hazardous duties not mentioned here?	هل تتطلب مهنتك العمل على ارتفاعات تزيد عن 10 أمتار، أو العمل تحت أوفي الخارج، أو في مواقع بعيدة، أو مناولة أو نقل المواد الخطرة أو أي مهام خطيرة أخرى غير مذكورة هنا؟	
YES / NO If yes, please provide details.		YES / NO If yes, please provide details.	
28 .	Name and address of Employer	اسم وعنوان الموظف	
29 .	Object of Insurance	هدف التأمين	

30 .	Are you a member of the armed forces, either full time or part time?	هل أنت من أفراد القوات المسلحة، سواء بدوام كامل أو جزئي؟
YES / NO If yes, please provide details.		YES / NO If yes, please provide details.

31 .	Do you take part in or have definite plans to take part in any sports, recreations, pastime or activities that may be considered hazardous? For example Scuba diving, motor racing, rock climbing, private flying etc.?	هل تشارك في أو لديك خطط محددة للمشاركة في أي رياضة أو تسلية أو أنشطة يمكن اعتبارها خطيرة؟ على سبيل المثال غوص سكوبا، أو سباق السيارات أو تسلق الصخور أو الطيران الخاص ذلك؟ إذا كانت الإجابة بنعم، أكمل الاستبيان ذي الصلة.		
YES / NO If yes, please provide details.		YES / NO If yes, please provide details.		
32 .	Are you holding any honorary or regulatory or legisla- tive, government authority or position?	هل تتقلد أي سلطة أو منصب حكومي فخري أو تنظيمي أو تشريعي؟		
YES / NO If yes, please provide details.		YES / NO If yes, please provide details.		
33 .	Are any of your close relatives - parents, spouse, children brothers, sisters are holding any Government, Judiciary or Military position or holding a political position?	هل يعمل أي من اقربائك من الدرجة الأولى - الوالدين الزوج الزوجة، الأبناء، الاخوة ،أو الاخوات في أي وظيفة قضائية أو عسكرية أو لهم منصب سياسي؟		
YES / NO If yes, please provide details.		YES / NO If yes, please provide details.		
Name:		Name:		
Relation:	Position:	Relation:	Position:	
34 .	Have you in previous 12 months travelled or in the following 12 months intend to undertake travel outside the country of residence?	هل سافرت خلال ٢١ شهرًا الماضية أو تنوي السفر خارج بلد الإقامة في ٢١ شهرًا القادمة؟		
YES / NO If yes, please provide details.		YES / NO If yes, please provide details.		
Details of travel that you have taken over the last 12 months تفاصيل السفر التي قمت بها خلال الـ 12 شهرًا الماضية.				
	المدينة و الدولة Country & City	مدة البقاء خلال الرحلة Duration of stay per visit	عدد الرحلات خلال السنة Number of visits per year	الهدف من السفر (عمل / سياحة) Purpose of travel (Business / Vacation)
مقدم الطلب / المؤمن على حياته ١ Proposer / Life to be Assured 1				
مقدم الطلب / المؤمن على حياته ٢ Proposer / Life to be Assured 2				
Details of Travel that you intend to undertake in following 12 months تفاصيل السفر خارج بلد الإقامة اذا كنت تنوي السفر في 12 شهرًا القادمة				
	المدينة و الدولة Country & City	مدة البقاء خلال الرحلة Duration of stay per visit	عدد الرحلات خلال السنة Number of visits per year	الهدف من السفر (عمل / سياحة) Purpose of travel (Business / Vacation)
مقدم الطلب / المؤمن على حياته ١ Proposer / Life to be Assured 1				
مقدم الطلب / المؤمن على حياته ٢ Proposer / Life to be Assured 2				

34	<p>يرجى توضيح بيانات البنوك التي تتعامل معها /أو التي لديك حساب فيها، يرجى توضيح اسم البنك ونوع الحساب المصرفي (جاري /ادخار) (في حالة كان الحساب غير شخصي وكانت جميع المعاملات البنكية تتم من حساب شركة، يجب توضيح بيانات حساب الشركة</p> <p>Please provide details of banks you are dealing with/ holding account with. Please provide bank name and type of account maintained (current/savings) (for UAE Customers)</p> <p>In case no personal account is maintained and all transactions are being made from company account, details of company accounts should be provided.</p>	<p>1. _____</p> <p>2. _____</p>
30	<p>Have you or your company availed any loan facility from any banks? (for UAE Customers)</p> <p>YES / NO If yes, please provide details.</p>	<p>هل حصلت انت او شركتك على اي تسهيلات اقتراض من اي بنك اذا كان كذلك، يرجى توضيح التفاصيل</p>
36	<p>Details of Nominee/ Beneficiary: I/ we hereby appoint following person/s as nominee/beneficiary under this policy to whom policy monies will be paid in case of death of Life to be Assured.</p>	<p>تفاصيل المرشح /المستفيد أنا /نحن أعين بموجبه هذا الشخص / الأشخاص التالي بيانه /بيانهم كمرشح /مستفيد بموجب هذه البوليصة والذي سيتم دفع أموال البوليصة إليه في حالة وفاة المؤمن على حياته</p>

التفاصيل Particulars	(تفاصيل المرشح (بطاقة الهوية للمرشح Details of Nominee	تفاصيل الوصي إذا كان المرشح قاصرًا Details of Appointee (Appointee is required only if the Nominee is minor)
الاسم Name/s		
هل العنوان هو نفسه عنوان مقدم الطلب؟ إذا لم يكن كذلك، يرجى ذكر العنوان Whether the address is as same as given for proposer. YES / NO If not, please mention the address		
الجنسية Nationality		
السن /تاريخ الانتهاء Age		
صلته بالمؤمن عليه Relation to Life to be Assured		
رقم جواز السفر Passport Number		
تاريخ الانتهاء Date Of Expiry		
رقم البطاقة التعريفية /بطاقة الإقامة /بطاقة المواطنة CPR / Civil ID / Citizen Card No.		
بطاقة هوية المقيم وتاريخ الانتهاء Expiry Date		
الهاتف /الجوال Tel./ Mob.	الرقم المحلي Local Number	
	البلد الأم Home Country	
<p>تفاصيل المرشح (بطاقة الهوية للمرشح)</p> <p>Signature of Appointee (If nominee is minor) :</p> <p>.....</p>		

37	Please provide your Bank Account details, which you will be using to pay the premium. Payment of premium by way of cheque and telex transfers must be in favor of LIC International only		تفاصيل الحساب المصرفي للتسديد المباشر للحساب المصرفي ، والتي ستستخدم لدفع قسط التأمين عمليات التحويل التلكس / الشيك يجب ان تكون لصالح شركة التأمين على الحياة (LIC International) فقط	
	اسم البنك Name of the Bank			
	الفرع البنك Bank Branch			
	رقم الحساب المصرفي الدولي IBAN			

الجزء ب: البيان الشخصي لمقدم الطلب والشخص الذي يريد التأمين على حياته بشأن الحالة الصحية الحالية

Part B: Personal Statement of Proposer and Life to be Assured about present state of health

Note: - Please read carefully and answer every Question. Do not use dots, dashes, or Ditto Marks. In case answer is yes please give full details in the space provided or attach separate sheet.

احظة: يُرجى قراءة كل سؤال بعناية لا تستخدم النقاط أو الخطوط الفاصلة، في حالة الإجابة بنعم، يُرجى سرد التفاصيل الكاملة في المساحة المتوفرة أو إرفاق ورقة منفصلة

(لايلزم ملء هذا الجزء في حالة عدم وجود وثائق تأمين لتغطية المخاطر)

(This part need not be filled in case of without risk cover policies)

No	السؤال Question	مقدم الطلب ١ / المؤمن على حياته ١ Proposer / Life to be Assured 1		مقدم الطلب ٢ / المؤمن على حياته ٢ Proposer / Life to be Assured 2	
		نعم Yes	لا No	نعم Yes	لا No
1.	<p>Proposer / Life to be Assured 1</p> <p>الطول سم _____ Cms</p> <p>الوزن كجم _____ Kgs</p> <p>Proposer / Life to be Assured 2</p> <p>الطول سم _____ Cms</p> <p>الوزن كجم _____ Kgs</p> <p>Has your weight changed by more than 5kg in the last 12 months? If yes, please provide reasons</p> <p>هل تغير وزنك بأكثر من ٥ كجم في آخر ٢١ شهرا؟ إذا كانت الإجابة نعم يرجى ذكر السبب</p>				
2.	<p>Have you smoked tobacco, e- cigarettes (Vape) or any other substance or used nicotine product within last 12 months? إذا كانت الإجابة بنعم ، يرجى تقديم النوع والكمية في اليوم If yes, please provide the type and quantity per day: _____ إذا كنت مدخنا سابقا ، فيرجى التأكيد عند التوقف عن التدخين If you are ex-smoker, please confirm when you stopped smoking:</p> <p>بتدخين السجائر، السجائر هل قمت الإلكترونية (الشيشة الإلكترونية) أو</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>				
3.	<p>Do you consume alcohol? هل تستهلك الكحول؟</p> <p>إذا كانت الإجابة بنعم ، فيرجى تقديم عدد الوحدات المستهلكة في الأسبوع If yes, please provide the number of units consumed per week: _____</p> <p>1 unit = single measure of spirits or 125 ml glass of wine or 250 ml of beer او وحدة = قياس واحد من المشروبات الروحية أو 125 مل من كأس النبيذ أو 250 مل من البيرة</p>				
4.	<p>Have you ever been advised to give up tobacco and/ or alcohol for a specific reason? هل تم نصحك من قبل بالتخلي عن التبغ و / أو الكحول لسبب محدد؟</p>				
5.	<p>Have you ever had, been treated for or had symptoms for the following conditions? هل سبق لك أن عانيت أو عولجت أو عانيت من أعراض من الحالات التالية؟</p>				

No .	السؤال Question	مقدم الطلب / المؤمن على حياته ١ Proposer / Life to be Assured 1		مقدم الطلب / المؤمن على حياته ٢ Proposer / Life to be Assured 2	
		نعم Yes	لا No	نعم Yes	لا No
a.	Diabetes or raised blood sugar? مرض السكري أو ارتفاع السكر في الدم؟				
b.	Any disease, disorder or condition related to heart or circulatory system? (including high blood pressure, chest pain heart attack, murmur, palpitations etc.) أي مرض أو اضطراب أو حالة تتعلق بالقلب أو الدورة الدموية؟ بما في ذلك ارتفاع ضغط الدم ، ألم الصدر ، النوبة القلبية ، النفخات ، الخفقان ، إلخ				
c.	Any type of cancer, pre- cancerous conditions, tumor, lump, cyst or enlarged glands? أي نوع من السرطان ، حالات ما قبل السرطان ، ورم ، كتل ، كيس أو تضخم الغدد؟				
d.	Any disease or disorder of lung or respiratory system? (Including shortness of breath, asthma, bronchitis, persistent cough, tuberculosis etc.) أي مرض أو اضطراب في الرئة أو الجهاز التنفسي؟ بما في ذلك ضيق التنفس ، الربو ، والتهاب الشعب الهوائية ، والسعال المستمر ، والسل ، إلخ				
e.	Any disease or disorder of lung or respiratory system? (Including shortness of breath, asthma, bronchitis, persistent cough, tuberculosis etc.) أي مرض أو اضطراب في الرئة أو الجهاز التنفسي؟ بما في ذلك ضيق التنفس ، الربو ، والتهاب الشعب الهوائية ، والسعال المستمر ، والسل ، إلخ				
f.	Any disease, disorder or condition related to kidneys or bladder? (including blood or protein in urine, kidney or bladder stones etc.) أي مرض أو اضطراب أو حالة تتعلق بالكلية أو ثانة؟ (بما في ذلك الدم أو البروتين في البول أو حصوات الكلية أو المثانة وما إلى ذلك)				
g.	Any condition affecting your liver or pancreas (including fatty liver, hepatitis etc.) أي حالة تؤثر على الكبد أو البنكرياس (بما في ذلك الكبد الدهني والتهاب الكبد وما إلى ذلك)				
h.	Any disorder or disease of the muscles, bones, joints, limbs or spine ? (including arthritis, rheumatism, slipped disc, paralysis etc.) أي اضطراب أو مرض في العضلات أو العظام أو المفاصل أو الأطراف أو العمود الفقري؟ (بما في ذلك التهاب المفاصل والروماتيزم وانزلاق الغضروف والشلل وما إلى ذلك)				
i.	Any neurological, psychiatric, mental illness? (Including epilepsy, fits, persistent headache, anxiety, depression, stroke etc) أي مرض عصبي أو نفسي أو عقلي؟ (بما في ذلك النوبات والصرع والصداع المستمر والقلق والاكتئاب والسكتة الدماغية وما إلى ذلك)				
j.	Any disorder of the blood, skin or auto immune disease? thalassemia, sickle cell disease, Lupus etc.) أي اضطراب في الدم أو الجلد أو أمراض المناعة الذاتية؟ (بما في ذلك فقر الدم ، التلاسيميا ، مرض فقر الدم المنجلي ، الذئبة ، إلخ)				
k.	Disease or disorder of thyroid, ear, eye, nose? (including partial or total hearing loss, tinnitus, partial or total loss of vision, optic neuritis etc.) مرض أو اضطراب الغدة الدرقية والأذن والعين والأنف؟ (بما في ذلك فقدان السمع الجزئي أو الكلي ، وطنين الأذن ، وفقدان الرؤية الجزئي أو الكلي ، والتهاب العصب البصري ، إلخ)				
l.	Have you ever tested positive for Hepatitis B or C or HIV or are you awaiting the results of such tests ? الكبد B أو C أو فيروس نقص المناعة البشرية أو هل تنتظر نتائج هذه الاختبارات؟				
m.	For male only : Have you ever had a prostate condition? للذكور فقط هل عانيت من قبل من حالة مرضية في البروستاتا؟				
n.	Any symptoms of illness, any physical defect or any condition not mentioned above? هل من أعراض مرضية أو عيب جسدي أو أي حالة غير مذكورة أعلاه؟				
o.	Did you ever have any accident or injury? هل تعرضت من قبل لأي حادث أو إصابة؟				
6.	Are you currently taking any medication? هل تأخذ حالياً أي أدوية؟				
7.	In the past 5 years, have you been under medical review or follow ups with medical specialist or undergone any medical test or special examination such as but not limited to ECG, blood tests, biopsies, MRI/ CT scan, PSA screening, mammography etc. في السنوات الخمس الماضية، هل خضعت للمراجعة الطبية أو المتابعة مع أخصائي طبي أو خضعت لأي اختبار طبي أو فحص خاص مثل، على سبيل المثال لا الحصر تخطيط ب، واختبارات الدم والخزعات والتصوير بالرنين غناطيسي /التصوير المقطعي المحوسب، واختبار مستضد البروستاتا النوعي، والتصوير الشعاعي للثدي وما إلى ذلك.				

No	السؤال Question	مقدم الطلب / المؤمن على حياته ١ Proposer / Life to be Assured 1		مقدم الطلب / المؤمن على حياته ٢ Proposer / Life to be Assured 2	
		نعم Yes	لا No	نعم Yes	لا No
8.	In the past 5 years, have you ever been admitted to a hospital or been absent from work for a period of more than five days due to any illness or injury? في السنوات الخمس الماضية ،هل سبق لك أن دخلت المستشفى أو تغيبت عن العمل لمدة تزيد عن خمسة أيام بسبب أي مرض أو إصابة؟				
9.	In the past 12 months, have you had any medical symptom, change in your physical or mental health for which you have not consulted a doctor, hospital or medical practitioner? خلال الاثني عشر شهرًا الماضية ،هل عانيت من أي أعراض طبية أو تغير في صحتك البدنية أو العقلية لم تستشر طبيبًا أو مستشفى أو ممارسًا طبيًا بسببه؟				
10.	Are you awaiting the result of any medical investigation, procedure follow up or any other medical or blood test? هل تنتظر نتيجة أي فحص طبي أو متابعة إجراء أو أي فحص طبي أو فحص دم؟				
11.	In the next 12 months, do you intend to have any consultation or check up in connection with any medical symptom or condition or are you waiting for the result of any medical investigation? في الاثني عشر شهرًا القادمة ،هل تنوي إجراء أي استشارة أو فحص فيما يتعلق بأي أعراض أو حالة طبية أم أنك تنتظر نتيجة أي فحص طبي؟				
12.	What has been your usual state of health? ماهي حالتك الصحية المعتادة؟				
13.	Please provide details of the doctor/clinic / hospital you are visiting for your well-being (even if it is in a country other than your current country of residence) يرجى تقديم تفاصيل عن الطبيب /العيادة /المستشفى الذي تزوره من أجل صحتك (حتى لو كانت في بلد آخر غير بلد إقامتك الحالي)				
	Name of Doctor / اسم الطبيب				
	Name of Clinic / Hospital اسم العيادة /المستشفى				
	Address / العنوان				

*Q. No. 15 and 16 are not applicable for minor lives.

سؤال رقم ١٥ و ١٦ لا ينطبق على حياة القاصرين

14	Family History of Proposer/Life to be assured 1 Please provide details of your family history below. Particular importance is where your father, mother or any of your brothers or sisters had died or suffered from heart disease, cancer, stroke, multiple sclerosis, diabetes or any neurological disorders before age of 60 years or from a familial / hereditary disorder.	التاريخ العائلي لمقدم الطلب / المؤمن على حياته ١ يرجى تقديم تفاصيل تاريخ عائلتك أدناه من الأهمية بمكان أن يكون والدك أو والدتك أو أي من إخوتك أو أخواتك قد مات أو عانى من أمراض القلب أو السرطان أو السكتة الدماغية أو التصلب المتعدد أو مرض السكري أو أي اضطرابات عصبية قبل سن 60 عاما أو بسبب اضطراب عائلي / وراثي			
		الحي Living		المتوفى Dead	
صلة القرابة Relationship	السن Age	الحالة الصحية المعتادة Present State of Health	السن عند الوفاة Age at Death	سبب الوفاة Cause of death	
الأب Father					
الأم Mother					
الاخ Brother					
الاخ Brother					
الأخت Sister					
الأخت Sister					

15
Family History of Proposer/Life to be assured 2
Please provide details of your family history below. Particular importance is where your father, mother or any of your brothers or sisters had died or suffered from heart disease, cancer, stroke, multiple sclerosis, diabetes or any neurological disorders before age of 60 years or from a familial / hereditary disorder.
التاريخ العائلي لمقدم الطلب / المؤمن على حياته ٢
يرجى تقديم تفاصيل تاريخ عائلتك أدناه من الأهمية بمكان أن يكون والدك أو والدتك أو أي من إخوتك أو أخواتك قد مات أو عانى من أمراض القلب أو السرطان أو السكتة الدماغية أو التصلب المتعدد أو مرض السكري أو أي اضطرابات عصبية قبل سن 60 عاما أو بسبب اضطراب عائلي / وراثي

صلة القرابة Relationship	الحي Living		المتوفى Dead	
	السن Age	الحالة الصحية المعتادة Present State of Health	السن عند الوفاة Age at Death	سبب الوفاة Cause of death
الأب Father				
الأم Mother				
الاخ Brother				
الاخ Brother				
الأخت Sister				
الأخت Sister				

16
For Female Proposer only: (Kindly fill in if applicable)
فقط لمقدمي الطلب النساء (يُرجى ملء هذا الطلب، إن أمكن)

a. Personal Details:
أ - البيانات الشخصية

هل أنت حامل الآن؟ (إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى ذكر عدد أشهر الحمل) Are you pregnant now? (If yes, how many months)	تاريخ آخر ولادة State date of last delivery	هل أجريت أي عملية إجهاض أو عملية قيصرية؟ إذا كان الأمر كذلك، يُرجى إعطاء التفاصيل Have you had any abortion or miscarriage or Caesarian section? If so please give details.	تاريخ آخر حيض Date of last Menstruation

b. Any Disease or disorder of the breasts, cervix, uterus, ovaries or fallopian tubes? (Yes/No) If yes, please provide details.
ب. أي مرض أو اضطراب في الثدي أو عنق الرحم أو الرحم أو المبايض أو قناتي فالوب؟ (نعم / لا)

c. Any complication of pregnancy or childbirth or a child with congenital abnormalities? (Yes/No) If yes, please provide details.
ج. هل من مضاعفات الحمل أو الولادة أو إصابة الطفل بتشوهات خلقية؟ (نعم / لا)

d. If you are married, kindly furnish following details.
د - إذا كنت متزوجة، يُرجى ذكر التفاصيل التالية:

i. Husband's full name:	ا. اسم الزوج بالكامل:
ii. His occupation:	اا. مهنته:
iii. His annual Income:	ااا. دخله السنوي:
iv. Details of Husband's Insurance:	اااا. تفاصيل تأمين الزوج:

الوضع الحالي لوثيقة التأمين Present status of the policy	الخطة والمدة Plan and Term	مبلغ التأمين Sum Assured	شركات التأمين التي تم شراء وثائق التأمين السابقة منها وعنوانها Insurance companies from where previous policy / policies have been purchased with address*	رقم وثيقة التأمين Policy No.

*If previous policies from LIC (International) BSC (C) please give name of the branch office

إذا كانت البوالص السابقة من شركة التأمين على الحياة العالمية) ش.م.ب. الفرع مكتب اسم أذكر (مقفلة)

17	Do you agree to the condition that the policy if issued on the basis of this proposal, will be automatically vest in the life to be assured on the deferred date (Applicable only in case of proposal on the life of minor)	هل توافق على شرط أن البوليصة في حالة إصدارها على أساس هذا الطلب، سوف تكون مستحقة تلقائياً للشخص المراد التأمين على حياته في التاريخ المؤجل (قاصر شخص حياة على تأمين طلب تقديم حالة في فقط ينطبق)
----	---	--

Part C: Declaration by Proposer/Life to be Assured

الجزء ج: إقرار مقدم الطلب / المؤمن على حياته العرض

أقر (اسم مقدم الطلب) _____

بموجب هذا أن البيانات والإجابات السابقة الواردة في جزء أ وب أعلاه قد قمت بتقديمها بعد فهمي الكامل لها وأقر بصحتها، كما أقر بعدم حجب أي معلومات وأوافق أن تشكل هذه البيانات وهذا الإقرار أساساً لعقد الضمان بيني وبين شركة التأمين على الحياة (العالمية) ش.م.ب. (مقفلة) (المشار إليها فيما بعد باسم الشركة) ، وكذلك جزءاً من أي عقد لوثيقة التأمين يُصدر بموجبها. كما أنني أدرك تماماً وأوافق على أنه في وجود أي معلومات غير صحيحة في هذا العقد، يكون العقد المذكور باطلاً، ويحق للشركة مصادرة الأموال المدفوعة

1. I/we _____ (Name of the proposer/s), do hereby declare that the foregoing statements and answers in part A and part B above have been given by me after fully understanding the questions and the same are true and complete in every particular and that I have not withheld any information and do hereby agree and declare that these statements and this declaration shall be basis of the contract of assurance between me and Life Insurance Corporation (International) B.S.C.(C) (referred as 'the Company' hereinafter). I agree that they shall form a part of any Policy contract that may be issued on the strength thereof. I am also fully aware and agreeing that if any untrue information be contained therein, the said contract shall be absolutely Null and Void and moneys which shall have been paid in respect thereof shall stand forfeited to the Company.

٢. لقد فهمت بالكامل شروط وأحكام الخطة المقترحة ومزايا الاستحقاق والوفاء المتاحة في إطار الخطة المقترحة.

2. I/we have fully understood the terms and conditions of the proposed plan and maturity and death benefits available under the proposed plan.

٣. وأوافق على أن الضمانات المقترحة في هذه الوثيقة لن يسري العمل بها إلا على أساس الاتصال الرسمي لتحمل المخاطر من قبل الشركة وفقاً لهذا الاقتراح والبيان الشخصي والتقارير الطبية الخاصة بحالتي الصحية التي قد تطلبها الشركة

3. I/we further agree that the assurance proposed herein shall commence only on formal communication of assumption of risk by the Company on the basis of this proposal and personal statement and such medical reports on my state of health as may be required by the Company.

٤. وأوافق كذلك أن أبلغ الشركة على الفور، بعد تاريخ تقديم الطلب وقبل إصدار إيصال الاستلام الأول، كتابة بأي تغيير يطرأ على مهنتي أو مركزي المالي أو صحي العامة أو أي تغيير يطرأ على أي فرد من أفراد أسرتي، لإعادة النظر في شروط قبول الضمان أي تقصير من جانبي في أداء ذلك يجعل هذا الضمان باطلاً ويحق ويحق للشركة مصادرة كافة الأموال المدفوعة

4. I/we further agree that after the date of submission of the proposal but before the issue of First Premium Receipt, any change in my occupation, financial position and the general health or that of any member of my family occur, I shall forthwith intimate the same to the Company in writing to reconsider the terms of acceptance of assurance. Any omission on my part to do so shall render this assurance invalid and all money which shall have been paid in respect thereof shall stand forfeited to the company.

٥. أفوض بموجب هذا أي طبيب أو مستشفى أو شركة تأمين أو أي منظمة أخرى لديها أي سجلات أو معلومات ذات صلة بصحتي بتقديم أي وجميع هذه المعلومات إلى الشركة على أن تكون صورة هذا التفويض مطابقة للأصل

5. I/we hereby authorize any medical practitioner, physician, hospital, Insurance Company or any other organization, which has any records or knowledge of me or my health to provide any and all such information to the Company. A photocopy of this authorization shall be as valid as the original.

٦ وأؤكد بموجب ذلك أن نموذج الطلب هذا قد تم تعبئته وتوقيعه بعد فهم كامل للأحكام ذات الصلة من تشريعات ولوائح مكافحة غسيل الأموال /متطلبات اعرف عميلك والالتزام بها

6. I/we hereby confirm that this proposal form is filled in and signed after understanding fully the relevant provisions of anti-money laundering legislations and regulations and know-your-customer (KYC) parameters/requirements and comply with the same.
٧ أقر أيضاً أنني لست مشاركاً في أي نشاط يمكن اعتباره غير قانوني بموجب تشريعات مكافحة غسيل الأموال، وأن الأموال التي أودعتها لسداد قسط وثيقة التأمين هي من عائدات المعاملات القانونية والمشروعة. كما أخول الشركة للكشف عن المعلومات المتعلقة بي وبأموالي لدى أي سلطة تنظيمية. كما أنني أعلم حقيقة أن السلطات التنظيمية /الحكومية قد تحجب أي أموال متعلقة بي وأن المعاملات قد يتم تعليقها نتيجة لأي تحقيق من جانب هذه السلطات التنظيمية. وفي هذه الحالة، لن أحمل الشركة مسؤولية أي خسائر من أي نوع ناجمة عن هذا التعليق /تجميد الأموال /أموال وثيقة التأمين

7. I/we also declare that I am not engaged in any activity that may be considered illegal under anti-money laundering legislations and that funds deposited by me towards the premium for the life insurance proposal/policy are the proceeds of legal and legitimate transactions. I also authorize the Company to disclose information relating to me and my funds to any regulatory authority. I also know the fact that regulatory/ Government authorities may withhold any policy moneys/ funds to my credit and that transactions may be suspended as a result of any enquiry by such regulatory authorities. In the happening of such event, I will not hold the Company responsible for any losses of any kind arising out of or consequent thereto such holding/ freezing of funds/ policy monies.

٨ أفوض الشركة بإرسال المراسلات من خلال البريد الإلكتروني /الرسائل النصية القصيرة إلى البريد الإلكتروني الخاص بي أو أرقام الهواتف المحمولة المذكورة في هذه الإستمارة، وسيتم إبلاغ الشركة بأي تغييرات لاحقة في البريد الإلكتروني أو أرقام الهواتف المحمولة

8. I/we authorize the company to send the correspondence through e-mail/ SMS to my email ids or mobile numbers provided in this form and any subsequent changes in e-mail-ids or mobile numbers will be notified to the company.

٩ أيضاً أنني في الوقت الحالي لست أحد مواطني الولايات المتحدة الأمريكية أو مقيماً في الولايات المتحدة الأمريكية. وفي حال حصولي على جنسية الولايات المتحدة الأمريكية أو أصبحت مقيماً بها، سأبلغ المكتب على الفور وسوف ألتزم بأي متطلبات بموجب لوائح قانون الامتثال الضريبي الأمريكي، إن وجدت. *(يمكنك شطب البند إذا كان لا ينطبق)

9. I/we also declare that presently I am not citizen of USA or the resident of USA. In case I take citizenship of USA or become resident of USA I will inform the office immediately and will comply with any requirement under FATCA regulations, if applicable.* (*strike off if not applicable)

التاريخ
Date
توقيع مقدم /مقدمي الطلب /المؤمن على حياته
Signature of Proposer/s/Life to be Assured

المكان
Place
اسم مقدم الطلب /المؤمن على حياته
Name of Proposer/Life to Assured

توقيع الشاهد
Signature of Witness

اسم وعنوان الشاهد
Name & Address of Witness

التوقيعات النموذجية لمقدم /مقدمي الطلب والمؤمن على حياته
Specimen Signatures of proposer/s and Life to be assured

مقدم الطلب /المؤمن على حياته ١ Proposer / Life to be Assured 1	مقدم الطلب /المؤمن على حياته ٢ Proposer / Life to be Assured 2 (not required, if the life to be assured is minor)

إذا جاء توقيع مقدم الطلب و /أو الإجابة عن الأسئلة المتضمنة هنا بلغة غير تلك المحرر بها النموذج المائل فإنه يتعين عليه عليها الإقرار بخط يدهم فوق التوقيع أنه قد تم شرح جميع الأسئلة وأن الإجابات جاءت بعد فهمها فهما صحيحاً

If answer to the questions and/or signature of the proposer is in language other than from the proposal, he/she should declare in their own handwriting above their signature that all questions were explained and that their replies are given after fully and properly understanding the same.

AUTHORISATION LETTER FOR HANDING OVER POLICY DOCUMENT خطاب تفويض لتسليم وثيقة بوليصة التأمين

I hereby authorize _____(Name of consultant) to collect policy document/s on my behalf subsequent to the acceptance of risk under the subject proposal.

أفوض بموجب هذا _____(اسم الوكيل) لاستلام مستندات وثائق وثيقة/التأمين نيابة عني عقب الموافقة على التأمين ضد المخاطر تحت موضوع الطلب

توقيع مقدم الطلب _____
Signature of Proposer

التصديق الذاتي للعملاء

Common Reporting Standard - (CRS) Certification Declaration

Please complete and sign this form. For Joint Life Policies, each Life to be Assured will have to complete a separate form.

يرجى ملئ وتوقيع الاستمارة. بوليصات التأمين على الحياة المشتركة، يجب على كل حياة مؤمن عليها ان يكون لها استمارة كاملة مستقلة

لاسم بالكامل Full Name											
تاريخ الميلاد Date of Birth	D	D	M	M	Y	Y	Y	Y	محل الميلاد Place of Birth		
المدينة أو البلدة Town or City								الدولة Country		الجنسية Nationality	
دولة الإقامة الحالية Present Country of Residence											

Are you a tax resident in any other country other than present country mentioned above?

هل انت مسدد لضريبة اقامة في أي دولة أخرى غير المذكورة أعلاه؟

Yes No
لا نعم

For details on tax residency of a country please refer to OECD site:

لمزيد من التفاصيل عن ضريبة إقامة الدول يرجى الاطلاع على الموقع

الالكتروني الخاص بمنظمة التعاون الاقتصادي والتنمية على الرابط التالي

(<http://www.oecd.org/tax/automatic-exchange/crs-implementation-and-assistance/tax-residency>)

If Yes Please complete the following table indicating:

في حالة الإجابة بنعم يرجى اكمال الجدول التالي الذي يوضح:

- where the Account Holder is tax resident and
- The Account Holder's TIN (Tax Identification Number e.g. PAN) for each country/jurisdiction indicated.

- المحل الذي يسدد فيه صاحب الحساب ضريبة الإقامة

- الرقم التعريفي الضريبي لصاحب الحساب موضحا كل دولة /ولاية قضائية

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

في حالة عدم توفر الرقم التعريفي الضريبي يرجى توضيح السبب الملائم من

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

أ،ب، أو ت فيما يلي

Reason B The Account Holder is otherwise unable to obtain a TIN or equivalent number (Please explain)

السبب أ الدولة /الولاية القضائية التي يقيم فيها صاحب الحساب لا تصدر

رقم تعريفي ضريبي للمقيمين فيها

Reason C No TIN is required.

السبب ب صاحب الحساب غير قادر على الحصول على الرقم التعريفي الضريبي

أوما يعادله يرجى التوضيح

السبب ج غير مطلوب رقم تعريفي ضريبي

(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)

ملحوظة: يتم اختيار هذا السبب فقط في حالة لم يستلزم القانون المحلي او

التشريعات ذات الصلة الحصول على الرقم التعريفي الضريبي الصادر من الولاية

القضائية ذات الصلة

دولة /جهة الضريب على الإقامة Country/Jurisdiction of Tax Residence	الرقم التعريفي الضريبي او ما يعادله TIN or Equivalent	في حالة عدم توفر رقم تعريفي ضريبي يرجى اختيار السبب If no TIN available tick the Reason			يرجى توضيح أسباب عدم توفر رقم تعريفي الضريبي في هذه الخانات في حالة اختيار السبب (ب) Please explain in the following boxes why you are unable to obtain a TIN if you selected Reason B
		أ A	ب B	ج C	

I hereby confirm that the information provided above is true, accurate and complete.

Subject to applicable local laws, I hereby consent for the LIC International) BSC(C) or any of its affiliates (including branches) (collectively 'the Company') to share my information with domestic or overseas regulators or tax authorities where necessary to establish our tax liability in any jurisdiction.

I agree and undertake to notify the Company within 30 calendar days if there is a change in any information which I have provided to the Company.

أقر بموجبه ان المعلومات المدرجة صحيحة ودقيقة وكاملة

بالخضوع لأحكام القوانين المحلية السارية، أقر بموافقتي على ان تشارك شركة التأمين على الحياة (العالمية) ش.م.ب (مقفلة) او أي من التابعين لها (بما في ذلك الفروع) (والمشار إليهم اجمالاً باصطلاح الشركة) المعلومات مع المنظمين

او سلطات الضرائب المحلية او الخارجية عند معلومات الضرورة لتحديد

لتحديد التزاماتي الضريبية في أي ولاية قضائية

وأقر واتحمل مسؤولية اخطار الشركة خلال ٣٠ يوم ميلادي في حالة حدوث

تغيير في أي من المعلومات التي قدمتها للشركة

Name الاسم	Signature التوقيع	Date التاريخ

List of the documents attached with proposal Form (Please tick mark the appropriate box):

قائمة الوثائق المرفقة مع نموذج الطلب: (يرجى وضع علامة في المربع المناسب):

A	Proof of identity	إثبات الهوية	مقدم الطلب ١ Proposer 1	مقدم الطلب ٢ Proposer 2	معيّن Appointee
1	Photocopy of CPR / Emirate ID / National ID Card (both sides)	نسخة من البطاقة السكانية / بطاقة الهوية الإماراتية / بطاقة الهوية الوطنية (كلا الجانبين)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2	Photocopy of Passport	نسخة من جواز السفر	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3	Others (please specify)	أخرى / يرجى التحديد	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

B. Proofs of Permanent Address and Present Residential Address (if it is different from that of permanent address):

إثباتات العنوان الدائم وعنوان السكن الحالي (يرجى تقديم دليل على العنوان الدائم وإذا كان مختلفاً عن العنوان الدائم):

1	Photocopy of Passport with VISA & Permanent Address pages	نسخة من جواز السفر مع صفحات فيزا والعنوان الدائم	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2	Information printout of National ID Card	نسخة من البطاقة الذكية لبطاقة الهوية الوطنية	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3	Latest Electricity Bill or Telephone Bill / Bank Statement	حدث فاتورة كهرباء أو فاتورة هاتف / كشف حساب بنكي	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4	Photocopy of Valid driving license (Bahrain only)	رخصة قيادة سارية - البحرين فقط	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5	Others (please specify)	أخرى / يرجى التحديد	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

C. Proof for Source of income /funds for payment of premium

مصدر الدخل المعلن / المقدم لدفع قسط التأمين

1	For salaried income: Copy of latest Salary Certificate/ Pay slip or Bank Account Statement etc.,	للراتب: كشف للحساب البنكي أو نسخة من أحدث شهادة راتب	<input checked="" type="checkbox"/>
2	For self-employed/Business Person: a. Copy of Bank Statement for last 3/6 months b. Copies of Audited financial statement of accounts for last 3 years & CR or Trade License copy	صاحب العمل : ا. نسخة من كشف الحساب البنكي لآخر ٣/٦ أشهر ب. أشهر كشف الحساب المالي المدقق لآخر ٣ سنوات ونسخة من السجل التجاري أو الرخصة التجارية	<input checked="" type="checkbox"/>
3	Other Source / Income (please specify and provide documentary proof)	مصدر / مدخول آخر (الرجاء تحديد وتقديم وثائق الإثبات)	<input checked="" type="checkbox"/>

Signature of the Consultant / Authorised Official of Broker / Bank

Signature of the Proposer / Life to be Assured

الجزء د: التقرير السري للإشغالي (تقرير المخاطر الأخلاقية)

Part D: Consultants' Confidential Report (Moral Hazard Report)

Name of Proposer: _____ اسم مقدم الطلب

A.	Plan and Term proposed الخطة والمدة	Sum Assured Proposed مبلغ التأمين	Mode of Payment ريقة الدفع
1.	How long have you known proposer/Life to be Assured?	منذ متى وأنت تعرف مقدم الطلب / المؤمن على حياته؟	
2.	What is Educational Qualification of the Proposer/Life to be Assured?	ماهي المؤهلات الدراسية الحاصل عليها مقدم الطلب / المؤمن على حياته؟	
3.	What is Residential and Citizenship Status of the proposer/ Life to be Assured?	هي جنسية مقدم الطلب ووضعه من حيث ما الإقامة مقدم الطلب / المؤمن على حياته؟	
4.	Are you related to the proposer/Life to be Assured? If so how?	هل لك صلة قرابة بمقدم الطلب / المؤمن على حياته؟ إن كان كذلك، أذكر هذه الصلة	
5.	Did you personally see the proposer/Life to be Assured on the date of proposal?	هل قابلت مقدم الطلب شخصيًا في تاريخ تقديم الطلب / المؤمن على حياته؟	
6.	Proposer's total monthly income by way of following sources: إجمالي الدخل الشهري لمقدم الطلب في ضوء المصادر التالية		
	a. Employment	الوظيفة المعين بها	
	b. Business or profession	الأعمال الحرة والمهنة	
	c. Any other source	مصادر دخل أخرى	
	d. Total	الإجمالي	
7.	Are you personally satisfied with the financial standing of the proposer / Life to be Assured?	هل أنت راض شخصيًا عن الوضع المالي لمقدم الطلب / المؤمن عليه؟	
8.	Whether the insurance proposed is justified with the financial standing of the proposer/Life to be Assured?	هل التأمين المطلوب يتناسب مع الوضع المالي المقدم الطلب / المؤمن على حياته؟	
9.	What is the source of funds being used for payment of premiums of this proposal? Please specify clearly.	ما مصدر الأموال المستخدمة لسداد أقساط هذا التأمين؟	
10.	What proof of income has been verified by you in respect of the income Stated above?	ماهي وثيقة إثبات الدخل التي قمتم بالتحقق منها عن قيمة الدخل المذكورة أعلاه؟	
11.	Are you aware of any intention of the proposer to assign the policy within 12 months of taking the policy for any reason other than for security against personal loan from bank or financial institution?	هل تعلم أي شيء بشأن اعتزام مقدم الطلب التنازل عن هذه الوثيقة خلال ١٢ شهرًا من تاريخها لأي سبب من الأسباب بخلاف استخدامهما كضمان مقابل قرض شخصي من أي بنك أو مؤسسة مالية؟	
12.	Whether all KYC/AML norms are fulfilled for the proposer/Life to be Assured?	هل تم الوفاء معايير بجميع أعرف عميلك / مكافحة غسيل الأموال لمقدم الطلب / المؤمن على حياته؟	
13.	Whether the Country of Tax Residence declared?	هل العميل غير مقيم؟ ، إذا كانت الإجابة نعم يرجى توضيح تفاصيل الضريبة لبلد الإقامة	
14.	Are you satisfied that the proposer/Life to be Assured is not connected with any terrorist activities?	هل أنت متأكد أن مقدم الطلب / المؤمن على حياته ليس له صلة بأية نشاطات أو أعمال إرهابية؟	
15.	What is the general state of health of the Proposer/Life to be Assured?	ماهي الحالة الصحية العامة لمقدم الطلب / المؤمن على حياته؟	

16.	Does the Proposer/Life to be Assured have any deformity,impaired sight?	هل يعاني مقدم الطلب /المؤمن على حياته من أية عاهات أو ضعف بالنظر أو السمع أو بتر أي من أطرافه ؟	
17.	Do you have knowledge of any proposal on his/her life was deferred, declined dropped or accepted at terms other than those proposed?	هل لديك علم عن مقدم الطلب إذا ما تم تأجيل أو إلغاء أي من طلبات التأمين أو قبولها بشروط غير تلك المطلوبة؟	
18.	Do you have knowledge of any unfavorable information about the health, habits, character, financial social position occupation, hospitalization of the Proposer/ Life to be Assured? If YES, give details	هل لديك أية معلومات سلبية تخص صحة مقدم الطلب أو عاداته أو شخصيته أو وضعه المالي /الاجتماعي أو وظيفته أو تاريخ دخوله إلى المستشفيات مقدم الطلب /المؤمن على حياته؟ إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى ذكر التفاصيل.	
19.	Have you explained fully the terms and conditions of the plan to the proposer?	هل أوضحت جميع شروط وأحكام هذه الخطة لمقدم الطلب؟	
20.	Do you recommend the acceptance of the proposal?	هل توصي بقبول مقدم الطلب ؟	
21.	Kindly mention the height and weight of the Life to be assured	يرجى ذكر طول ووزن الشخص المعني	<div> <div>سم</div> <div>الطول</div> <div>Cms</div> <div>Height</div> </div> <div> <div>كجم</div> <div>الوزن</div> <div>Kgs</div> <div>Weight</div> </div>

أقر بموجب هذا أنه قد تم تعبئة بيانات هذا الطلب والتوقيع عليه من قبل مقدمه بعد إجراء ما لزم من مناقشات تتعلق بشروطه وأحكامه وتشريعات مكافحة غسيل الأموال وقواعد معرفة عميلك ومتطلبات قانون الامتثال الضريبي الأمريكي، وأقر بمعرفتي بشخصية العميل وأنه لا يشارك في أي نشاط يمكن اعتباره غير قانوني بموجب تشريعات مكافحة غسيل الأموال وأن الأموال التي أودعها لسداد أقساط هذا التأمين هي من عائدات معاملات قانونية ومشروعة وأن البيانات الواردة أعلاه صحيحة إلى حد علمي ومعرفتي وأني قد تحققت شخصيًا من الحالة البدنية للشخص المؤمن عليه، وكذلك أقر بصحة جميع ما ورد أعلاه.

I hereby confirm that proposal form is filled and signed by the proposer after discussions on relevant aspects concerning the proposal, anti-money laundering legislations, know your customer regulations (KYC) and FATCA regulations. I am satisfied with the client's identity and he is not engaged in any activity considered as illegal under anti-money laundering legislations and regulations and the funds deposited as proposal deposit towards the life insurance proposal are the proceeds of legal and legitimate transactions.

I hereby declare that the forgoing statements are true and correct to the best of my knowledge and belief. I have also personally verified the particulars and checked the physical measurements of the life to be assured mentioned in the personal statements and I confirm the same to be correct.

Date: _____ التاريخ

Place: _____ المكان

Member of: TOT/COT/MDRT/Other

No of years' experience _____ وات الخبرة

توقيع الإستشاري

المفوض الرسمي من البنك / سمسار / المدير المقيم

Signature of the Consultant/
Authorized official of Bank / Broker

وقيع المدير المقيم

Signature of Resident Manager

يتعين المصادقة على التوقيع في حالة كانت أعمال بنكية

Countersigning required in case of business from banks

For LIC (International) Use Only			مخصص فقط لشركة التأمين على الحياة العالمية		
CRS Checklist			قائمة التحقق الخاصة بخدمة العملاء		
	نعم yes	لا no	في حال الإجابة بنعم يرجى الإجابة على ما يلي If Yes, answer the following	نعم yes	لا no
هل العميل غير مقيم في دائرة صلاحية الفرع ؟ Is the Customer Non-Resident in Branch Jurisdiction?			هل تم الإعلان عن دولة الإقامة الضريبية؟ Country of Tax Residence declared?		
* If the answer is 'No', please contact the customer to provide the required information			في حال كانت الإجابة "لا" يرجى التواصل مع العميل لتقديم المعلومات المطلوبة فيما يتعلق بنظام تسجيل العملاء		

	Name الإسم	Signature التوقيع	Date التاريخ
معدمن قبل Processed by			
الضامن Underwriter			