



L I C
INTERNATIONAL

شركة التأمين على الحياة (العالمية) ش.م.ب (مقفلة)
Life Insurance Corporation (International) B.S.C.(C)

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		
15	Contact Phone Numbers (If multiple phone numbers are present, kindly provide the same.)		
		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		
17	Educational Qualifications مؤهلات التعليم Class of Study for minor life to be assured (فئة الدراسة) (للمؤمن على حياته فقط)		
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)		
Salary Income Business Income Other sources		Salary Income Business Income Other sources	
20	Occupation / Profession and Nature of Duties		

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:		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	مدةالبقاء خلال الرحلة Duration of stay per visit	عددالرحلات خلال السنة Number of visits per year	الهدفمن 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	مدةالبقاء خلال الرحلة Duration of stay per visit	عددالرحلات خلال السنة Number of visits per year	الهدفمن 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)	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		
		Relationship صلة القرابة	Living الحي	Dead المتوفى
	Age السن	Present State of Health الحالة الصحية المعتادة	Age at Death السن عند الوفاة	Cause of death سبب الوفاة
الأب Father				
الأم Mother				
الاخ Brother				
الاخ Brother				
الأخت Sister				
الأخت Sister				

15	<p>Family History of Proposer/Life to be assured 2</p> <p>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.</p>				<p>التاريخ العائلي لمقدم الطلب / المؤمن على حياته ٢</p> <p>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</p>			
	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	<p>For Female Proposer only: (Kindly fill in if applicable)</p> <p>فقط لمقدمي الطلب النساء (يُرجى ملء هذا الطلب، إن أمكن)</p>			
<p>a. Personal Details:</p> <p>أ- البيانات الشخصية</p>				
	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
<p>b. Any Disease or disorder of the breasts, cervix, uterus, ovaries or fallopian tubes? (Yes/No) If yes, please provide details.</p> <p>ب. أي مرض أو اضطراب في الثدي أو عنق الرحم أو الرحم أو المبايض أو قناتي فالوب؟ (نعم / لا)</p>				
<p>c. Any complication of pregnancy or childbirth or a child with congenital abnormalities? (Yes/No) If yes, please provide details.</p> <p>ج. هل من مضاعفات الحمل أو الولادة أو إصابة الطفل بتشوهات خلقية؟ (نعم / لا)</p>				
<p>d. If you are married, kindly furnish following details.</p> <p>د- إذا كنت متزوجة، يُرجى ذكر التفاصيل التالية:</p>				
i. Husband's full name:				أ. اسم الزوج بالكامل:
ii. His occupation:				أ. مهنته:
iii. His annual Income:				أ. دخله السنوي:
iv. Details of Husband's Insurance:				أ. تفاصيل تأمين الزوج:

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>				

