



طلب للتأمين على الحياة

Proposal for Life Insurance on own life

يرجى المصادقة على التعديلات/ التصحيحات، والتتوقيع 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		رمز الوكيل الرئيسي Chief Agent Code No.
عملة إيداع الطلب: دينار بحريني / درهم إماراتي / دينار كويتي / ريال 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	<input type="checkbox"/> نقداً Cash <input type="checkbox"/> شيكل Cheque <input type="checkbox"/> تحويل عبر التلكس Telex Transfer	<input type="checkbox"/> كمية تحت الطلب Demand Draft

الجزء أ: البيانات الشخصية لمقدم الطلب/المؤمن على حياته (من فضلك اذكر التفاصيل حسب الأسئلة المذكورة أدناه)

Part A: Personal Details of Proposer/Life to be Assured (Please provide details as per questions mentioned therein)

1. First Name الأسم الأول Middle Name إسم الأب و الجد Last Name إسم العائلة				الاسم بالكامل للمقدم / للتأمين على الحياة (كما هو مذكور في جواز السفر)								
2. Father's full Name اسم الأب بالكامل												
3. Place of Birth مكان الميلاد Country of Birth بلد الميلاد				بلد الميلاد Tariqah Al Mialad Date of Birth	D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
جنس Gender	<input type="checkbox"/> ذكر Male	<input type="checkbox"/> أنثى Female	Age proof دليل السن	سنوات : السن Age : Years								
4. Address for Communication عنوان التواصل (يرجى تقديم دليل لإثبات العنوان)				العنوان الدائم في البلد الأم Permanent Address in Home Country (يرجى تقديم دليل لإثبات العنوان)								
البلدة / الإمارة Country/Emirate :												

5.	أرقام الهاتف في مكان الإقامة الحالي Contact numbers at present place of residence			أرقام الهاتف في البلد الأم Contact numbers in Home Country			
	ISD Code		كود	ISD Code		كود	
	Mobile		هاتف الجوال	Mobile		هاتف الجوال	
	Office		المكتب	Office		المكتب	
	Residence		الإقامة	Residence		الإقامة	
6.	البريد الإلكتروني Email ID's						
7.	الجنسية/ المواطنة: يُرجى ذكر أسماء الدول التي تحمل جنسيتها Kindly mention names of Countries of which you are holding citizenship						
8.	Passport Number	رقم جواز السفر	Date of Expiry	تاريخ الانتهاء	Country of Issue	دولة الإصدار	
9.	رقم البطاقة التعريفية/ بطاقة الإقامة/ بطاقة المواطنة No CPR/Emirate ID/Citizenship Card			Date of Expiry	تاريخ الانتهاء		
10.	تأشيرة الإقامة / مصدرة بواسطة VISA issued by Country/Emirate		Educational Qualifications		المؤهلات الدراسية		
12.	a. Occupation/Profession			b. Nature of Duties	طبيعة الالتزامات		
	<p>c. Does your occupation require you to work at heights over 10 metre, work underground, offshore, at remote locations, handling or transporting hazardous materials or any other hazardous duties not mentioned here?</p> <p>هل تتطلب مهنتك العمل على ارتفاعات تزيد عن 10 أمتار أو العمل تحت الأرض أو في الخارج أو في موقع بعيد أو مناولة أو نقل المواد الخطرة أو أي واجبات خطيرة أخرى غير مذكورة هنا؟</p> <p>YES <input type="checkbox"/> / NO <input type="checkbox"/> If yes, please provide details.</p>						
12.	الدخل السنوي من كافة المصادر Annual Income from all Source: USD / BD / AED / KD / OR / QR						
13.	اسم وعنوان صاحب العمل a. Name and address of Employer			<p>b. Sources of Income for payment of premium:</p> <p><input type="checkbox"/> Salary Income <input type="checkbox"/> Business Income</p> <p><input type="checkbox"/> Other Sources</p> <hr/> <p>(Please specify the source of funds for payment of premium and submit self-attested documentary proof) جميع مصادر الدخل دخل الراتب / دخل الأعمال التجارية / مصادر أخرى (يرجى تحديد مصدر الأموال لدفع قسط التأمين وتقديم دليل موثق ذاتياً لمصدر الأموال)</p>			
14.	هدف التأمين Object/purpose of Insurance						

15. Particulars of the Plan/s proposed for Life Insurance

تفاصيل الخطة / الخطة المقترنة من أجل التأمين على الحياة

الخطة Plan	المدة (السنوات) Term (Years)	طريقة الدفع سنوي/ نصف سنوي/ شهري/ قسط واحد Mode: Y/y/ H/y/ Qly/ Mly/ S.P.	مدة دفع القسط Premium paying term	مبلغ التأمين بالدولار الأمريكي Sum Assured USD (\$)	إضافة قسط (بالدولار الأمريكي) Premium USD (\$)	متى تغطية الحوادث (يرجى ذكر مبلغ التأمين لتفصيل) Double Accident benefits required (please state the Sum Assured)	إذا التاريخ بتاريخ سابق مطلوب Date of commencement (If back dating required)

المرزايا الإضافية للتأمين، عند الاختبار:
For additional insurance riders, if op-

(لا / نعم) ميزة حماية الأسرة مطلوبة YES / NO

B) Family Protection benefit required YES / NO

16. a). Details of the previous insurance including policies with disability or critical illness cover with any insurance company worldwide? If yes, please complete the details below

تفاصيل التأمين السابق الخاصة بالإعاقة أو تغطية الأمراض الخطيرة مع أي شركة تأمين في جميع أنحاء العالم؟ إذا كانت الإيجابية بنعم ، يرجى إكمال التفاصيل أدناه.

ملاحظة: يرجى العلم أن الشركة لا تقدم أي طلب جديد للتأمين في حالة انقضائه أحد وثائق التأمين أو إذا تم تحويلها إلى وثقة مدفوعة خلال السنوات الثلاث الأخيرة أو تسليمها في العام الماضي.

b). 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 التأمين ضد الأمراض الخطيرة بخلاف الشروط العادلة؟ (نعم / لا)

YES / NO If yes, please provide details.

17. 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?

YES / NO If yes, please provide details.

هل قمت بإلغاء أي بوليصة خاصة بالشركة لم تكن مقبولة بالنسبة لك (خلال فترة السماح أو غير ذلك) خلال العام الماضي؟
إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى ذكر التفاصيل.

18. Have you submitted any other proposal for insurance on your life?

YES / NO If yes, please provide details.

هل قدمت أي طلب آخر للتأمين على حياتك؟ إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى ذكر التفاصيل.

19. a). Are you a member of the armed forces, either full time or part time?

YES / NO If yes, please provide details.

هل أنت من أفراد القوات المسلحة سواء بدوام كامل أو جزئي؟ (نعم / لا)

b). 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.?

YES / NO If yes, please provide details.

هل تشارك أو لديك خطط محددة للمشاركة في أي رياضة أو ترفيه أو تسلية أو أنشطة يمكن اعتبارها خطيرة؟ على سبيل المثال غوص السكوبا ، سباق السيارات ، تسلق الصخور ، الطيران الخاص وما إلى ذلك؟ إذا كانت الإجابة بنعم ، يرجى إكمال الاستبيان ذي الصلة. (نعم / لا)

20. Are you holding any honorary or regulatory or legislative government position?

YES / NO If yes, please provide details.

هل تعمل لأي سلطة حكومية فخرية أو تنظيمية أو تشريعية؟ نعم / لا
إذا كانت الإجابة بنعم يرجى التوضيح

21. Is any of your close relatives – parents, spouse, children, brothers, sisters are holding any Government, Judiciary or Military position or holding a political position?

YES / NO If yes, please provide details.

هل يعمل أي من أقربائك من الدرجة الأولى – الوالدين، الزوج/الزوجة، الأبناء، الأخوة، أو الأخوات في أي وظيفة قضائية أو عسكرية أو لهم منصب سياسي؟
نعم / لا اذا كانت الإجابة بنعم يرجى التوضيح

Name

Relation

Position

22.	هل هناك أي طلب لإحياء أي من وثائق التأمين الخاصة بك قيد under Consideration? YES <input type="checkbox"/> / NO <input type="checkbox"/> If yes, please provide details.		
-----	--	--	--

23.	السفر: يرجى تقديم تفاصيل السفر التي قمت بها خلال الـ 12 شهراً الماضية a). Please provide details of travel that you have taken over the last 12 months:		
الدولة و المدينة Country & City	مدة البقاء خلال الرحلة Duration of Stay Per Visit	عدد الرحلات سنوياً Number of visits per year	سبب السفر (عمل ، سياحة) Purpose of Travel (Business, Vacation)
	ب). Please provide details of travel that you intend to undertake in the following 12 months: اذا كنت تنوی السفر خلال الـ 12 شهراً القادمة، يرجى ذكر التفاصيل:		
الدولة و المدينة Country & City	مدة البقاء خلال الرحلة Duration of Stay Per Visit	عدد الرحلات سنوياً Number of visits per year	سبب السفر (عمل ، سياحة) Purpose of Travel (Business, Vacation)

24.	تفاصيل الحساب المصرفي للتسديد المباشر للحساب المصرفي ، والتي ستستخدم لدفع قسط التأمين. عمليات التحويل التلقائى / الشيك يجب ان تكون لصالح شركة التأمين على الحياة (LIC International) فقط 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		
اسم البنك Name of the Bank			
الفرع البنك Bank Branch			
رقم الحساب المصرفي الدولي IBAN			
رقم الحساب المصرفي Bank Account Number			

25.	(Question No. 25 & 26 are for UAE Customers) لبيانات الإمارات العربية المتحدة فقط		
Please provide details of banks you are dealing with/holding account with. Please provide bank name and type of account maintained (current/savings) In case no personal account is maintained and all transactions are being made from company account, details of company accounts should be provided. يرجى توضيح بيانات البنوك التي تتعامل معها / أو التي لديك حساب فيها، يرجى توضيح اسم البنك ونوع الحساب المصرفي (جارى / ادخار) (في حالة كان الحساب غير شخصي وكانت جميع المعاملات البنكية تتم من حساب شركة، يجب توضيح بيانات حساب الشركة)		<p>1. _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>2. _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	

	<p>26. Have you or your company availed any loan facility from any banks?</p> <p>YES <input type="checkbox"/> / NO <input type="checkbox"/> If yes, please provide details.</p>	<p>هل حصلت انت او شركتك على اي تسهيلات اقراض من اي بنك اذا كان كذلك، يرجى توضيح التفاصيل لا / نعم في حالة الاجابة بنعم، يرجى التوضيح:</p>
27.	<p>Details of Nominee/s: I hereby appoint following person/s as nominee/s under this policy to whom policy monies will be paid in case of death of life assured. (please provide identification and address proof documents of Nominee/Appointee)</p>	<p>تفاصيل المرشح / المستفيد: أعين بموجب هذه الوثيقة الشخص التالي كمرشح / مستفيد بموجب وثيقة التأمين هذه والذي ستمول إليه أموال هذه الوثيقة في حالة الوفاة. (يرى تقديم هوية المرشح / المعين)</p>

تفاصيل 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)
Name/s الأسم		
هل العنوان هو نفسه عنوان مقدم الطلب/المؤمن عليه؟ إذا لم يكن كذلك ، يرجى ذكر العنوان Whether the address is as same as given for proposer/Life to be Assured. YES / NO If not, please mention the address		
Nationality الجنسية		
Age السن / تاريخ الانتهاء		
Relation to Life Assured صلته بالمؤمن عليه		
Passport Number / رقم جواز السفر /		
Date of Expiry تاريخ الانتهاء		
رقم البطاقة التعريفية/ بطاقة الإقامة/ بطاقة المواطن CPR / Civil ID / Citizen Card No.		
Expiry Date بطاقة هوية المقيم وتاريخ الانتهاء		
الهاتف/ الجوال Tel./ Mob.	Local Number الرقم المحلي	
	Home Country البلد الأم	

الجزء ب: بيان شخصي حول الحالة الصحية الحالية

Part B: Personal Statement 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.

ملاحظة: 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.

لا يلزم ملء هذا الجزء في حالة عدم وجود وثائق تأمين لغطية المخاطر
(This part need not be filled in case of without risk cover policies)

No.	Question السؤال	Answer الإجابة
1.	الطول Height _____ سم Cms الوزن Weight _____ كجم Kgs هل تغير وزنك بأكثر من 5 كجم في آخر 12 شهراً؟ اذا كانت الإجابة نعم يرجى ذكر السبب If yes, please provide reasons	
2.	هل قمت بتدخين سجائر أو السجائر الإلكترونية (الشيشة الإلكترونية) أو أي منتج يحتوي على النيكوتين في آخر 12 شهراً؟ إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى تقديم النوع والكمية في اليوم If yes, please provide the type and quantity per day : إذا كنت مدخناً سابقاً، فيرجى التأكيد عند التوقف عن التدخين If you are ex-smoker, please confirm when you stopped smoking 	
3.	هل تستهلك الكحول؟ إذا كانت الإجابة بنعم، فيرجى تقديم عدد الوحدات المستهلكة في الأسبوع If yes, please provide the number of units consumed per week : 1 وحدة = قياس واحد من المشروبات الروحية أو 125 مل من كأس النبيذ أو 250 مل من البيرة	
4.	هل تم نصحك من قبل بالتخلي عن التبغ و / أو الكحول لسبب محدد؟	
5.	هل سبق أن عانيت أو عولجت أو عانيت من أعراض للحالات التالية؟	
a.	مرض السكري أو ارتفاع السكر في الدم؟	
b.	أي مرض أو اضطراب أو حالة تتعلق بالقلب أو الدورة الدموية؟ (بما في ذلك ارتفاع ضغط الدم ، ألم الصدر ، التهاب القلبية ، النفخات ، الخفقان ، إلخ)	
c.	أي نوع من السرطان ، حالات ما قبل السرطان ، ورم ، كتل ، كيس أو تضخم الغدد؟	
d.	أي مرض أو اضطراب في الرئة أو الجهاز التنفسي؟ بما في ذلك ضيق التنفس ، والربو ، والتهاب الشعب الهوائية ، والسعال المستمر ، والسل ، إلخ	
e.	أي حالة تؤثر على الأمعاء أو الجهاز الهضمي؟ (بما في ذلك الارتجاع أو القرحة أو الفتق أو عسر الهضم المتكرر أو الإمساك أو الإسهال المستمر أو ربط المعدة أو التكميم وما إلى ذلك)	
f.	أي مرض أو اضطراب أو حالة تتعلق بالكلية أو المثانة؟ (بما في ذلك الدم أو البروتين في البول أو حصوات الكلية أو المثانة وما إلى ذلك)	
f.	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 fits, epilepsy, 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? (Including anemia, thalassemia, sickle cell disease, Lupus etc.)	أي اضطراب في الدم أو الجلد أو أمراض المناعة الذاتية؟ (بما في ذلك فقر الدم، الثلاسيميا، مرض فقر الدم المنجلبي، 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 والأذن؟ (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؟	
6.	Are you currently taking any medication?	هل حالياً تأخذ أي دواء؟	
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 القلب ، اختبارات الدم ، الخزعات ، التصوير بالرنين المغناطيسي / التصوير المقطعي المحوسب ، فحص PSA ، التصوير الشعاعي للثدي ، إلخ.	
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 تغييرت 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 شهراً الماضية ، هل عانيت من أي أعراض طبية أو تغير في صحتك البدنية أو العقلية لم تستشر طبيباً أو مستشفى أو ممارساً طبيباً 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 شهراً القادمة ، هل تنوی إجراء أي استشارة أو فحص فيما يتعلق بأي أعراض أو حالة طبية أم أنه تنتظر نتيجة أي فحص طبي؟	
12.	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 / المستشفى / اسم العيادة		
	Address / العنوان		

13.	Did you ever have any accident or injury? YES / NO If yes please provide details	هل سبق لك أن تعرضت لأي حادث أو إصابة؟ إذا كانت الإجابة نعم يرجى ذكر التفاصيل.																															
14.	What has been your usual state of health?	ما هي حالتك الصحية المعتادة؟																															
15.	Family History 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.	تاريخ العائلة 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 عاماً أو بسبب اضطراب عائلي / وراثي.																															
	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">صلة القرابة Relationship</th> <th colspan="2">الحي Living</th> <th rowspan="2">المتوفى Dead</th> </tr> <tr> <th>السن Age</th> <th>الحالة الصحية المعتادة Present State of Health</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>الأب Father</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>الأم Mother</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>الأخ Brother</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>الأخ Brother</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>الأخت Sister</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>الأخت Sister</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			صلة القرابة Relationship	الحي Living		المتوفى Dead	السن Age	الحالة الصحية المعتادة Present State of Health	الأب Father				الأم Mother				الأخ Brother				الأخ Brother				الأخت Sister				الأخت Sister			
صلة القرابة Relationship	الحي Living		المتوفى Dead																														
	السن Age	الحالة الصحية المعتادة Present State of Health																															
الأب Father																																	
الأم Mother																																	
الأخ Brother																																	
الأخ Brother																																	
الأخت Sister																																	
الأخت Sister																																	

16.	فقط لمقدمي الطلب النساء (يرجى ملء هذا الطلب، إن أمكن) (Kindly fill in if applicable)											
<p>a. Personal Details:</p> <table border="1"> <tr> <td>هل أنت حامل الآن؟ (إذا كانت الإجابة نعم، يرجى ذكر عدد أشهر الحمل) Are you pregnant now? (If yes, how many months)</td> <td>تاريخ آخر ولادة State date of last delivery</td> <td>هل أجريت أي عملية إجهاض أو عملية قيصرية؟ إذا كان الأمر كذلك، يرجى إعطاء التفاصيل Have you had any abortion or miscarriage or Caesarian section? If so please give details.</td> <td>تاريخ آخر حيض Date of last Menstruation</td> </tr> <tr> <td colspan="4"></td> </tr> </table>					هل أنت حامل الآن؟ (إذا كانت الإجابة نعم، يرجى 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، يرجى إعطاء التفاصيل Have you had any abortion or miscarriage or Caesarian section? If so please give details.	تاريخ آخر حيض Date of last Menstruation				
هل أنت حامل الآن؟ (إذا كانت الإجابة نعم، يرجى 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، يرجى 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) YES <input type="checkbox"/> / NO <input type="checkbox"/> If yes, please provide details.</p>												
<p>c. Any complication of pregnancy or childbirth or a child with congenital abnormalities? (Yes / No) YES <input type="checkbox"/> / NO <input type="checkbox"/> If yes, please provide details.</p>												
<p>d. If you are married, kindly furnish following details.</p>												
<p>i. Husband's full name : أ. اسم الزوج بالكامل:</p>												
<p>ii. His occupation : ب. مهنته:</p>												
<p>iii. His annual Income : ج. دخله السنوي:</p>												

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

*If previous policies are from LIC (International) BSC (C) please give name of the branch office (Please attach separate sheet if space is not sufficient)

إذا كانت وثائق التأمين السابقة من شركة التأمين على الحياة (العالمية) ش.م.ب (مغلقة)، يرجى ذكر اسم فرع المكتب (يرجى إرفاق ورقة منفصلة إذا كانت المساحة غير كافية).

الجزء ج: إقرار مقدم الطلب/المؤمن عليه العرض: Declaration by Proposer/Life to be Assured:

1. أقر _____ (اسم مقدم الطلب/المؤمن عليه)، بموجب هذا أن البيانات والإجابات السابقة الواردة في جزء أ وب أعلاه قد قمت بتقديمها بعد فهمي الكامل لها وأقر بصحتها، كما أقر بعدم حجبه لأى معلومات، وأوافق أن تشكل هذه البيانات وهذا الإقرار أساساً لعقد الضمان بيني وبين شركة التأمين على الحياة (العالمية) ش.م.ب (مغلقة) (المشار إليها فيما بعد باسم "الشركة)، وكذلك جزءاً من أي عقد لوثيقة التأمين يصدر بموجبها. كما أنتي أدرك تماماً وأوافق على أنه في حالة وجود أي معلومات غير صحيحة في هذا العقد، يكون العقد المذكور باطلًا، ويحق للشركة مصادرة الأموال المدفوعة.

1. I _____ (Name of the proposer/Life to be Assured), 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.

2. لقد فهمت بالكامل شروط وأحكام الخطة المقترحة ومزايا الاستحقاق والوفاة المتاحة في إطار الخطة المقترحة.

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

3. أوافق 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 بحالي الصحية التي قد تطلبها الشركة.

3. I 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.

4. وأوافق كذلك أن أبلغ الشركة على الفور، بعد تاريخ تقديم الطلب وقبل إصدار الاستلام الأول، كتابة بأى تغيير يطرأ على مهنتي أو مركزي المالي أو صحتي 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 باطلًا ويحق للشركة مصادرة كافة الأموال المدفوعة.

4. I 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.

5. 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 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.

6. أؤكد 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 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.

7. 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 حقائق أن السلطات التنظيمية / الحكومية قد تحجب أي أموال متعلقة بي، وأن المعاملات قد يتم تعليقها نتيجة لأى 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 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.

8. 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 الهاتف المحمولة.

8. I 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.

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

9. I 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 /

المكان
Place

توقيع مقدم الطلب/ المؤمن عليه
Signature of Proposer/Life to be Assured

توقيع الشاهد
Signature of Witness

اسم مقدم الطلب/ المؤمن عليه
Name of Proposer/Life to be Assured

اسم وعنوان الشاهد
Name & Address of Witness

Specimen Signatures of proposer/life to be assured:

نموذج توقيعات مقدم الطلب/ المؤمن

إذا جاء توقيع مقدم الطلب/ المؤمن 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 فهماً صحيحاً.

If answer to the questions and/or signature of the Proposer/Life to be Assured 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.

خطاب تفويض لتسليم مستندات وثيقة التأمين

AUTHORISATION LETTER FOR HANDING OVER POLICY DOCUMENT

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

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

توقيع مقدم الطلب/ المؤمن عليه Signature of Proposer/Life to be Assured

التصديق الذاتي للعملاء

Common Reporting Standard - (CRS) Certification Declaration

Please complete and sign this form. For Joint Life Policies, each life 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.

الاسم بالكامل Full Name												
تاريخ الميلاد Date of Birth	D	D	M	M	Y	Y	Y	Y	محل الميلاد Place of Birth			
المدينة او 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؟

نعم لا
Yes No

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

لمزيد من التفاصيل عن ضريبة إقامة الدول يرجى الاطلاع على الموقع الإلكتروني 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:

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

في حالة الإجابة بنعم يرجى إكمال الجدول التالي الذي يوضح:

- المحل الذي يسدد فيه صاحب الحساب ضريبة الإقامة
- الرقم التعريفي الضريبي لصاحب الحساب موضحاً 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 أ, ب, أو ت فيما يلي:

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

السبب أ الدولة / الولاية القضائية التي يقيم فيها صاحب الحساب لا تصدر رقم تعريفي ضريبي للمقيمين فيها

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

السبب ب صاحب الحساب غير قادر على الحصول على الرقم التعريفي الضريبي أو ما يعادله (يرجى التوضيح).

Reason C No TIN is required.

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 رقم التعريفي الضريبي الصادر من الولاية القضائية ذات الصلة).

الدولة / جهة الضريبة 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 ضريبي في هذه الخانات في حالة اختيار السبب (ب)		
			A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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.

اقر بموجبه ان المعلومات المدرجة صحيحة ودقيقة وكاملة.
بالخضوع لأحكام القوانين المحلية السارية، اقر بموافقتني على ان تشارك شركة التأمين على الحياة (العالمية) ش.م.ب (مقلدة) او أي من التابعين لها (بما في ذلك الافرع) (وال المشار إليهم اجمالاً باصطلاح "الشركة") معلومات مع المنظمين او سلطات الضوابط المحلية او الخارجية عند ضرورة 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.

الاسم Name	التوقيع Signature	التاريخ Date

قائمة الوثائق المرفقة مع نموذج الطلب: (يرجى وضع علامة في المربع المناسب)
(Please tick mark the appropriate box)

A. Proof of identity	إثبات الهوية Proposer	مقدم الطلب Nominee	مرشح Appointee	معين Appointee
1. Photocopy of CPR / Emirate ID / National ID Card (both sides)	نسخة من البطاقة السكانية / بطاقة الهوية الإمارتية/بطاقة الهوية الوطنية (كلا الجانبين)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Photocopy of Passport	نسخة من جواز السفر	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Others (please specify)	أخرى / يرجى التحديد	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input 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 وإنما كان مختلفاً عن العنوان الدائم)
1. Photocopy of Passport with VISA & Permanent Address pages	نسخة من جواز السفر مع صفحات فيزا & وعنوان الدائم	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Information printout of National ID Card	نسخه من البطاقة الذكية لبطاقة الهوية الوطنية	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Latest Electricity Bill or Telephone Bill / Bank Statement	أحدث فاتورة كهرباء أو فاتورة هاتف / كشف حساب بنكي	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Photocopy of Valid driving license (Bahrain only)	رخصة قيادة سارية - البحرين فقط	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Others (please specify)	أخرى / يرجى التحديد	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input 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 type="checkbox"/>
2. For self-employed/Business Person:	صاحب العمل: <input type="checkbox"/>
a. Copy of Bank Statement for last 3/6 months	ا. نسخة من كشف الحساب البنكي لآخر ٦/٣ أشهر <input type="checkbox"/>
b. Copies of Audited financial statement of accounts for last 3 years & CR or Trade License copy	ب. كشف الحساب المالي المدقق لآخر ٣ سنوات ونسخة من السجل التجاري أو الرخصة التجارية <input type="checkbox"/>
3. Other Source / Income (please specify and provide documentary proof)	مصدر / مدخل آخر (الرجاء تحديد وتقديم وثائق الإثبات) <input type="checkbox"/>

Signature of the Consultant /
Authorised Official of Broker / Bank

Signature of the Proposer
/ Life to be Assured

الجزء د: التقرير السري للإسشاري (تقرير المخاطر الأخلاقية) Part D: Consultants' Confidential Report (Moral Hazard Report)

Name of Proposer/Life to be Assured: _____ اسم مقدم الطلب/المؤمن عليه

A	Plan and Term proposed	الخطة والمدة	Sum Assured Proposed	مبلغ التأمين	Mode of Payment	طريقة الدفع
1.	How long have you known the Proposer/Life to be Assured?	منذ متى وأنت تعرف مقدم الطلب/المؤمن عليه؟				
2.	What is Educational Qualification of the Proposer/Life to be Assured?	ما هي المؤهلات الدراسية الحاصل عليها مقدم الطلب/المؤمن عليه؟				
3.	What is Residential and Citizenship Status of the proposer/Life to be Assured?	ما هي جنسية مقدم الطلب/المؤمن عليه ووضعه من حيث الإقامة.				
4.	Are you related to the Proposer/Life to be Assured? If so how?	هل لك صلة قرابة مقدم الطلب/المؤمن عليه؟ 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 شخصياً في تاريخ تقديم الطلب/المؤمن عليه؟				
6.	Proposer/Life to Assured total monthly income by way of following sources:	إجمالي الدخل الشهري مقدم الطلب / المؤمن على حياته في ضوء المصادر التالية				
a.	Employment	الوظيفة المعين بها				
b.	Business or profession	الأعمال الحرفة والمهنة				
c.	Any other source	مصادر دخل أخرى				
d.	Total	الاجمالي				
7.	Are you personally satisfied with the financial standing of the Proposer / life to be assured?	هل أنت راضٌ شخصياً 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 لمقدم الطلب/المؤمن عليه؟				
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?	ما هي وثيقة إثبات الدخل التي قمت 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 12 شهراً من تاريخها لأي سبب من الأسباب بخلاف استخدامها 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 بجميع معايير أعرف عميلاً/مكافحة غسل الأموال لمقدم الطلب/المؤمن عليه؟				
13.	Whether the Country of Tax Residence declared? Yes/No	هل العميل غير مقيم؟ نعم / لا ، إذا كانت الإجابة نعم يرجى توضيح تفاصيل الضريبة لبلد الإقامة				
14.	Are you satisfied that the proposer is not connected with any terrorist activities?	هل أنت متأكد أن مقدم الطلب ليس له صلة بأية نشاطات أو أعمال إرهابية؟				
15.	What is the general state of health of the Proposer / life to be assured?	ما هي الحالة الصحية العامة لمقدم الطلب/المؤمن عليه؟				

16.	Does the Proposer/Life to be Assured have any deformity, impaired sight or hearing, amputation?	هل يعني مقدم الطلب 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 أيها من طلبات التامين أو قبولها بشرط 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؟ إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى ذكر التفاصيل.					
19.	Have you explained fully the terms and conditions of the plan to the Proposer/Life to be Assured?	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 Proposer / Life to be assured	يرجى ذكر طول وزن الشخص المعنى مقدم الطلب / المؤمن على حياته	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">الطول Height:</td> <td style="width: 50%;">سم Cms</td> </tr> <tr> <td>الوزن Weight:</td> <td>كجم Kgs</td> </tr> </table>	الطول Height:	سم Cms	الوزن Weight:	كجم Kgs
الطول Height:	سم Cms						
الوزن Weight:	كجم Kgs						

أقر بموجب هذا أنه قد تم تعبئة بيانات هذا الطلب والتوكيع عليه من قبل مقدمه بعد إجراء ما لزم من مناقشات تتعلق بشروطه وأحكامه وتشريعات مكافحة غسل الأموال وقواعد معرفة عميلك ومتطلبات انتشار الضريبة الأمريكية، وأقر بمعرفتي بشخصية العميل وأنه لا يشارك في أي نشاط يمكن اعتباره غير قانوني بموجب تشريعات مكافحة غسل الأموال وأن الأموال التي أودعها لسدار أقساط هذا التأمين هي من عائدات معاملات قانونية ومشروعة وأن البيانات الواردة أعلاه صحيحة إلى حد علمي ومعرفتي وأنني قد تحققت شخصياً 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/Life to Assured 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 سنوات الخبرة

توقيع الاستشاري
المفوض الرسمي من البنك / سمسار / المدير المقيم

Signature of the Consultant /
Authorized official of Bank / Broker

توقيع 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					المطلوبة فيما يتعلق بنظام تسجيل العملاء.

	Name الاسم	Signature التوقيع	Date التاريخ
معد من قبل Processed by			
المكتب Underwriter			