

Health Declaration  
Bank Sohar Group Credit Life Policy

To be filled in by the Customer

1- Type of Loan

☒ Personal Loan ☐ Auto Loan ☐ Education Loan  
☐ Home Loan

Others test

2- Bank Sohar Branch Name: sohar

3- Name of Customer: rahim

4- Nationality: UAE

5- ID Card / Passport No.: S5401252

6- Date of Birth: 12/02/1997

7- Address: dubai

8- Contact Number: 985898585

9- Occupation: test

10- Employers Name: abdul\_rahim

11- Amount of Loan: 200000

12- Tenure of Loan: 12

Personal History of Customer;

Important: The answer given for the listed questions form the basis of the contract and any false declaration may invalidate the insurance cover

1. Have you suffered horn:

- a) Heart Diseases Yes/No  
b) Abnormal Blood Pressure Yes/No  
c) Raised Cholesterol Yes/No  
d) Stroke/paralysis Yes/No  
e) Cancer Yes/No  
f) Raised Blood Sugar/ Diabetes Yes/No  
g) Kidney Diseases Yes/No  
h) Mental illness Yes/No  
i) HIV/STD Yes/No  
AIDS Yes/No

2. Have you ever suffered from any other chronic or long tern medical condition not mentioned above?Yes/No

3. Have you been absent from work or taken leave on medicalgrounds for more than 10 days during the last 2 years? Yes/No

4. During the past 5 years, have you consulted any Medical Practitioner for any condition other than minor impairments (such as colds and flu) or been hospitalized or had a surgical operation? Yes/No

5. Name of your family doctor/ medical clinic:

jock

If the answer to any of the questions is/are'Yes' please give full and exact details below,

test

Family History:

إقرار صحي  
بوليصة التأمين على الحياة من بنك صجار

تيجب أن تملأ من قبل العميل

1- نوع القرض

☐ قرض شخصي ☐ قرض السيارة ☐ قرض التعليم ☐ القرض السكني  
أخرى \_\_\_\_\_

2- اسم فرع بنك صجار: \_\_\_\_\_

3- اسم العميل على الحياة: \_\_\_\_\_

4- الجنسية: \_\_\_\_\_

5- بطاقة الهوية / جواز سفر رقم \_\_\_\_\_

6- تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_

7- العنوان: \_\_\_\_\_

8- رقم الاتصال: \_\_\_\_\_

9- الوظيفة: \_\_\_\_\_

10- اسم صاحب العمل: \_\_\_\_\_

11- قيمة القرض: \_\_\_\_\_

12- فترة القرض: \_\_\_\_\_

التاريخ الشخصي للعميل :

هام: إن الإجابة المقدمة للأسئلة المدرجة تشكل أساس العقد وأي إقرار مزور قد يبطل الغطاء التأميني

1- هل عانيت من:

- نعم/لا أ) أمراض القلب  
ب) ضغط دم غير طبيعي نعم/لا  
ت) ارتفاع في نسبة الكوليسترول نعم/لا  
ث) سكتة دماغية/ شلل نعم/لا  
ج) سرطان نعم/لا  
ح) ارتفاع في سكر الدم/ مرض السكري نعم/لا  
خ) أمراض الكلى نعم/لا  
د) مرض عقلي نعم/لا  
ذ) فيروس نقص المناعة / الأمراض التي  
تنتقل عبر الاتصال الجنسي نعم/لا  
ر) الإيدز نعم/لا

2- هل عانيت قبل ذلك من مرض مزمن أو طويل الامد لم يذكر أعلاه؟ نعم/لا

3- هل تغيبت عن العمل أو أخذت أجازة مرضية لأكثر من 10 أيام خلال السنتين الماضيتين؟ نعم/ل

4- خلال السنوات الخمس الأخيرة هل أ ستشرت أي طبيب بسبب أي مرض بخلاف الأمراض البسيط  
ة (مثل البرد و الانفلونزا) أو كنت مريضا بالمستشفأو خضعت لعملية جراحية؟ نعم/ل

5- اسم طبيب عائلتك/ العيادة الطبية:

إذا كانت الإجابة على أي من الأسئلة بنعم فضلا أعط كافة التفاصيل أدناه:

تاريخ الأسرة:

Relationship	Age if living	State of health	If dead, age at death	Cause of death
Father	52	good	52	illness
Mother	53	illness	54	illness
Natural brothers or sisters	78	sick	80	illness

Build/ Habits;

- Has your weight changed by more than 5 kg during the past year?  
Yes/No Present Height: 170.5 (cms)  
Present Weight:70 (kgs)
- Do you smoke? Yes/No If yet please state daily use (a) Cigarettes (b) Cigar (c) Pipe/Sheesha
- Do you consume alcohol?Yes/No If yes, please state type and quantity per day/week.

Declaration

I declare that to the best of my knowledge and belief the above statements are true. I am aware that the insurer accepts the above declaration in good faith and that If this declaration is proved to be wrong or if any material information regarding my health has been withheld, the insurer may not be liable to pay any of the Insured outstanding Loan amounts. I am also aware that, for permanent total disability cover, pre-existing conditions of il health are excluded and agree that in case of any previous serious medical history due to accident or sickness or any congenital disabilities or psychiatric illness, the disability Insurance cover is excluded.

I have no objection to obtaining any medical records from any hospitals regarding any medical history.

Date: 12/05/2020

rahim

Customer Signature

sohar

Signature of Bank Official

العلاقة	العمر إذا كان حيًا	الحالة الصحية	العمر عند الوفاة (في حالة المتوفي)	سبب الوفاة
الأب				
الأم				
الأخ أو الأخت				

البنية / العادات

- هل تتغير وزنك أكثر من 5 كيلوجرام خلال العام الماضي؟ نعم/لا الطول الحالي: \_\_\_\_\_  
سم. الوزن الحالي: \_\_\_\_\_  
كجم
- هل تدخن؟ نعم/لا إذا نعم: فضلا اذكر عدد مرات الاستخدام اليومي لل أ- سجانر ب- سيجار ج- غليون/شيشة
- هل تتشرب الكحول؟نعم/لا إذا نعمفضلا اذكر النوع والكميةاليومية/الأسبوعية

إقرار

أقر أنه حسب معرفتي بوعتقادي فإن كافة البيانات السابقة صحيحة. وأدرك أنا المؤمن بقبلا لإقرار أعلاه بمنتهى حسن النية و إذا ثبت أنه تضمن أي معلومات جوهرية خاطئة فيما يتعلق بصحتي أو أنه قد حجب مثل هذه المعلومات فلن يكون ال مؤمن مسؤولا عن دفع أي من مبالغ القرض المتبقية. كما أدرك أنني بالنسبة للتغطية الإعاقة الكلية الدائمة، فإنني متسامتثناء الأوضعا الصحية لم وجوده سابقا أو أفعل أنا أنه في حالة وجود تناقض خطير سابق بسبب حادث أو مرض أو بسبب أي إعاقات أو اثنية أو مرض نفسي فسيت ماستبعاد الغطاء التأميني للإعاقة

ليسلدياً أيماناً بمنعقي ما بالاطلا علنا يسجل تطبيتم نايمستشفيات بخصوص أي تاريخ طبي.

التاريخ: \_\_\_\_\_

توقيع العميل

توقيع مسؤول البنك