

**Health Declaration**  
**Bank Sohar Group Credit Life Policy**

**اقرار صحي**  
**بوليصة التأمين على الحياة من بنك صحر**

To be filled in by the Customer

يجب ان تملأ من قبل العميل

1. Type of Loan

☐ Personal Loan ☐ Auto Loan ☐ Education Loan

☐ Home Loan Others \_\_\_\_\_

2. Bank Sohar Branch Name: \_\_\_\_\_

3. Name of Customer: \_\_\_\_\_

4. Nationality: \_\_\_\_\_

5. ID Card / Passport No.: \_\_\_\_\_

6. Date of Birth: \_\_\_\_\_

7. Address: \_\_\_\_\_

8. Contact Number: \_\_\_\_\_

9. Occupation: \_\_\_\_\_

10. Employers Name: \_\_\_\_\_

11. Amount of Loan : \_\_\_\_\_

12. Tenure of Loan : \_\_\_\_\_

١. نوع القرض

☐ قرض شخصي ☐ قرض السيارة ☐ قرض التعليم

☐ القرض السكني أخرى \_\_\_\_\_

٢. اسم فرع بنك صحر : \_\_\_\_\_

٣. اسم العميل على الحياة: \_\_\_\_\_

٤. الجنسية: \_\_\_\_\_

٥. بطاقة الهوية / جواز سفر رقم: \_\_\_\_\_

٦. تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_

٧. العنوان: \_\_\_\_\_

٨. رقم الاتصال: \_\_\_\_\_

٩. الوظيفة: \_\_\_\_\_

١٠. اسم صاحب العمل: \_\_\_\_\_

١١. قيمة القرض : \_\_\_\_\_

١٢. فترة القرض : \_\_\_\_\_

**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

**التاريخ الشخصي للعميل :**

هام: ان الاجابة المقدمة للسئلة المدرجة تشكل اساس العقد واي اقرار مزور قد يبطل الغطاء التأميني.

1. Have you suffered from:

- 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  
j) AIDS Yes/No

- أ) امراض القلب نعم/لا  
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) امراض الكلى نعم/لا  
د) مرض عقلي نعم/لا  
ذ) فيروس نقص المناعة / الامراض التي تنتقل عبر الاتصال الجنسي نعم/لا  
ر) الايدز نعم/لا

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

٢. هل عانيت قبل ذلك من مرض مزمن او طويل الامد لم يذكر اعلاه؟  
نعم/لا

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

٣. هل تغيبت عن العمل او اخذت اجازة مرضية لأكثر من ١٠ ايام خلال السنتين الماضيتين؟  
نعم/لا

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

٤. خلال السنوات الخمس الاخيرة، هل استشرت اي طبيب بسبب اي مرض بخلاف الامراض البسيطة (مثل البرد والانفلونزا) او كنت مريضاً بالمستشفى او خضعت لعملية جراحية؟  
نعم/لا

5. Name of your family doctor / medical clinic.

٥. اسم طبيب عائلتك / العيادة الطبية.

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

إذا كانت الاجابة على اي من الاسئلة بنعم، فضلاً اعطي كافة التفاصيل ادناه،

## Family History;

Relationship	Age if living	State of health	If dead, age at death	Cause of death
Father				
Mother				
Natural brother or sister				

## تاريخ الاسرة:

العلاقة	العمر اذا كان حيا	الحالة الصحية	العمر عند الوفاة (في حالة المتوفي)	سبب الوفاة
الاب				
الام				
الاخ او الاخت				

## Build/ Habits;

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

## البنية/ العادات

1. هل تغير وزنك بأكثر من ٥ كيلوجرام خلال العام الماضي؟  
نعم/لا  
الطول الحالي: \_\_\_\_\_ سم  
الوزن الحالي \_\_\_\_\_ كجم  
نعم/لا هل تدخن؟  
إذا نعم، فضلاً اذكر عدد مرات الاستخدام اليومي للـ  
أ- سجائر ب- سيجار ج- غليون/شيشة
3. هل تشرب الكحول؟ نعم/لا  
إذا نعم، فضلاً اذكر النوع والكمية اليومية/الاسبوعية.

## 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 ill health are excluded and agree that in case of any previous serious medical history due to accident or sickness or 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.

## اقرار

أقر انه حسب معرفتي واعتقادي فان كافة البيانات السابقة صحيحة. وأدرك ان المؤمن يقبل الاقرار اعلاه بمنتهى حسن النية واذا ثبت انه تضمن اي معلومات جوهرية خاطئة فيما يتعلق بصحتي او انه قد حجب مثل هذه المعلومات فلن يكون المؤمن مسؤولاً عن دفع اي من مبالغ القرض المتبقية. كما أدرك انه بالنسبة الى تغطية الاعاقة الكلية الدائمة، فانه تم استثناء الاوضاع الصحية الموجودة سابقاً وأوافق على انه في حالة وجود تاريخ طبي خطير سابق بسبب حادث او مرض او بسبب اي اعاقات وراثية او مرض نفسي فسيتم استبعاد الغطاء التأميني للاعاقه.

ليس لدي اي مانع من قيام بالاطلاع على اي سجلات طبية من اي مستشفيات بخصوص اي تاريخ طبي.

Date : \_\_\_\_\_

التاريخ: \_\_\_\_\_

Signature of Customer

توقيع العميل

Signature of Bank Official

توقيع مسؤول البنك