|  |  |
| --- | --- |
| **Health Declaration**  **Bank Sohar Group Credit Life Policy** | **إقرار صحي**  **بوليصة التأمين على الحياة من بنك صجار** |
| To be filled in by the Customer  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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | تيجب أن تملأ من قبل العميل  1- نوع القرض  □ قرض شخصي □ قرض السيارة □ قرض التعليم  □ القرض السكني أخرى \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  2- اسم فرع بنك صحار: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  3ز 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **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:   1. Heart Diseases Yes/No 2. Abnormal Blood Pressure Yes/No 3. Raised Cholesterol Yes/No 4. Stroke/paralysis Yes/No 5. Cancer Yes/No 6. Raised Blood Sugar/ Diabetes Yes/No 7. Kidney Diseases Yes/No 8. Mental illness Yes/No 9. HIV/STD Yes/No 10. 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 medical grounds 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:  ………………………………………………………….  If the answer to any of the questions is/are 'Yes' please give full and exact details below,  ……………………………………………………….  …………………………………………………………..  …………………………………………………………… | **التاريخ الشخصي للعميل :**  هام: إن الإجابة المقدمة للأسئلة المدرجة تشكل أساس العقد وأي إقرار مزور قد يبطل الغطاء التأميني  1- هل عانيت من:  أ) أمراض 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) 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 تغييت عن العمل أو أخذت أجازة مرضية لأكثر من 10 أيام خلال  السنتين الماضيتين؟ نعم/لا  4- خلال السنوات الخمس الأخيرة هل أستشرت أي طبيب بسبب أي  مرض بخلاف الأمراض البسيطة (مثل البرد والانفلونزا) أو كنت مريضا  بالمستشفى أو خضعت لعملية جراحية؟ نعم/لا  5- اسم طبيب عائلتك/ العيادةالطبية:  ..................................................................................  إذا كانت الإجابة على أي من الأسئة بنعم فضلا أعط كافة التفاصيل أدناه:  ..................................................................................................  ...................................................................................................  ...................................................................................................  ................................................................................................... |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Family History:**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | Relationship | Age if living | State of health | If dead, age at death | Cause of death | | Father |  |  |  |  | | Mother |  |  |  |  | | Natural brothers or sisters |  |  |  |  | | **تاريخ الأسرة:**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | العلاقة | العمر  إذا كان حيًا | الحالة الصحية | العمر عند الوفاة (في حالة المتوفي) | سبب الوفاة | | الأب |  |  |  |  | | الأم |  |  |  |  | | الأخ أو الأخت |  |  |  |  | |
| **Build/ Habits;**   1. Has your weight changed by more than 5 kg during the past year? Yes/No   Present Height: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(cms)  Present Weight: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(kgs)   1. Do you smoke? Yes/No  If yet please state daily use   (a) Cigarettes (b) Cigar (c) Pipe/Sheesha   1. Do you consume alcohol? Yes/No  If yes, please state type and quantity per day/week. | **البنية / العادات**  ‎1- هل تغير وزنك بأكثر من 5 كيلوجرام خلال العام الماضي؟  نعم/لا  الطول الحالي: \_\_\_\_\_\_\_\_سم.  الوزن الحالي:\_\_\_\_\_\_\_\_\_كجم  2- هل تدخن؟ نعم/لا  إذا نعم: فضلا اذكر عدد مرات الستخدام اليومي لل  أ- سجائر ب- سيجار ج- غليون/شيشة    ‏3- هل تشرب الكحول؟ نعم/لا  إذا نعم فضلا اذكر النوع والكمية اليومية/الأسبوعية  ‏ |
| **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 i1 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Customer Signature  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Signature of Bank Official | **إقرار**  ‏أقر أنه حسب معرقتي واعتفادي فإن كافة البيانات السابقة صحيحة.  وأدرك ان المؤمن يقبل الإقرار أعلاه بمنتهى حسن النية وإذا ثبت أنه تضمن  أي معلومات جوهرية خاطئة فيما يتعلق بصحتي أو انه قد حجب مثل هذه المعلومات فلن يكون المؤمن مسؤولا عن دفع أي من مبالغ القرض المتبقية.كما أدرك أنه بالنسبة الى تغطية الإعاقة الكلية الدائمة ، فإنه تم استثناء الأوضاع الصحية الموجودة سابقا وأوافق على أنه في حالة وجود تاريخ طبي خطير سابق بسبب حادث أو مرض أو بسبب أي إعاقات وراثية أو مرض نفسي فسيتم استبعاد الغطاء التأميني للإعاقة  ‏ليس لدي أي مانغ من قيام بالاطلاع على أي سجلات طبية من أي مستشفيات بخصوص أي تاريخ طبي.  التاريخ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  توقيع العميل  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  توقيع مسؤول البنك |

All referrals should be to Underwriting Department at

bancauw@unioninsurance.ae with copy to ashish.k@unioninsurance.ae