

PROPOSAL FORM

طلب تأمين لبرنامج الحماية

FOR PROTECTION PROGRAM

1	2 Surname اللقب	3 Forename الاسم الأول	4 Second name الاسم الثاني
Mr. السيد Mrs. السيدة Miss الأنسة			
5 Address العنوان	6 Date of Birth تاريخ الميلاد Day Month Year السنة الشهر اليوم		
	7 Country of Birth & Nationality مكان الميلاد والجنسية		
8 Occupation (please give exact nature of duties and usual percentage of time spent thereon). المهنة (الرجاء إعطاء تفاصيل عن طبيعة العمل وعدد الساعات التي يستغرقها العمل اليومي)			
9 Beneficiaries: المستفيدين			
10 Proposed Sum Insured مبلغ التأمين Policy Duration.....مدة التأمين			
11 Has a proposal for life or health insurance ever been submitted to this or any other company? If YES, give details or enter NONE as appropriate. هل سبق وتقدمت بطلب تأمين حياة أو حوادث لدى أي شركة أخرى؟ إذا كانت إجابتك بنعم اذكر اسم شركة التأمين وحالة العقد وتاريخه			
Name of Insurance Company اسم شركة التأمين	Date التاريخ	State whether accepted at the ordinary rate of premium, on special terms, declined, postponed or withdrawn. حالة العقد: هل قُبل بالأسعار الاعتيادية أو بشروط خاصة أم رُفض؟	

12 Are you likely to:	If yes, give details. إذا أجبت بنعم، اذكر التفاصيل	هل تفضل أن:
(1) Engage in aviation other than as a fare paying passenger on a recognized airline?	YES / NO لا / نعم	(1)- تسافر على خطوط جوية غير تجارية (طيران خاص)
(2) Reside or travel outside the country of residence indicated in 5 above other than on holiday?	YES / NO لا / نعم	(2)- تنوي السفر أو الإقامة خارج البلاد باستثناء العطلات الرسمية أو غيرها بخلاف مكان الإقامة المذكور بالبنند رقم 5 أعلاه.
(3) Undertake any hazardous pursuit or pastime, such as Diving, Mountaineering, and Private Flying?	YES / NO لا / نعم	(3)- ممارسة رياضات خطيرة كالغوص أو تسلق الجبال أو طيران خاص.

13 Name and address of your usual medical attendant.
 How long has he been your attendant?

اسم وعنوان طبيبك الخاص.
 كم مضى على مراجعتك له كطبيب خاص؟

If less than six months please *also* indicate name and address of previous attendant.

إذا كانت المدة اقل من ستة اشهر، اذكر اسم وعنوان طبيبك السابق. إن وجد

14 Please give details of:	15 Please give details of any change in your weight in the past 12 months.
(a) Your Height	هل جرى أي تغيير في وزنك خلال الاثني عشر شهراً الماضية؟
(b) Your Weight	

16 What is your daily habit regarding:

هل من عاداتك اليومية:

(a) Alcoholالكحوليات

(b) Tobaccoالتدخين

Have you ever taken more in the past?
 If so, give details.

هل تتعاطى حالياً الكحوليات أو السجائر أكثر من السابق؟
 إذا كانت الإجابة نعم، الرجاء ذكر التفاصيل.

17 Are you now in good health?
 If NO, please give full details.

هل أنت حالياً بصحة جيدة؟
 إذا كانت الإجابة لا، الرجاء ذكر التفاصيل كاملة.

18 Are you currently receiving any Treatment
 or Medications, or any Special Diet?
 If so, please give full details.

هل تتلقى حالياً أي أدوية أو معالجة أو تتبع حمية خاصة؟
 إذا كانت الإجابة نعم، الرجاء ذكر التفاصيل كاملة.

19 Have you ever received (or expect to receive) any medical
 advice, counseling treatment, blood test or any other test
 in connection with AIDS, any AIDS related condition,
 hepatitis B or any sexually transmitted disease.

هل سبق أن تلقيت أي نصيحة طبية
 أو استشارة علاجية أو فحص دم ذات صلة بمرض
 نقص المناعة المكتسب-الايدز - أو التهاب الكبد الوبائي
 تصنيف "بي" أو أي أمراض جنسية مُعدية.



Have you ever received a medical diagnosis of the following conditions; If so, please give details.		هل سبق لك أن تلقيت فحوصات طبية لأي من الحالات التالية: إذا أجبت بنعم، الرجاء ذكر التفاصيل.
Rheumatic Fever	YES / NO لا / نعم	الحمى الروماتيزمية
Heart or any Circulatory Trouble.	YES / NO لا / نعم	مشاكل بالقلب
Raised Blood Pressure, whether subject to treatment or otherwise.	YES / NO لا / نعم	ارتفاع ضغط الدم، (إن وجد) هل تتلقى علاج لذلك؟
Raised Cholesterol or Blood Lipids.	YES / NO لا / نعم	زيادة في الدهون أو الكوليسترول في الدم
Diabetes Mellitus.	YES / NO لا / نعم	سكر الدم.
Asthma, Bronchitis or other Respiratory Trouble.	YES / NO لا / نعم	الأزمة الصدرية أو اضطراب في الجهاز التنفسي.
Anxiety, Depression or Nervous Trouble.	YES / NO لا / نعم	أمراض أو اضطرابات نفسية أو عصبية.
Tumour, Growth or Swelling of any kind.	YES / NO لا / نعم	أمراض ورمية أو زيادة في إفرازات الغدد.
Any other serious condition or ailment.	YES / NO لا / نعم	أي أمراض أخرى.

20 During the last 5 years,
have you been incapacitated from work
for more than one week,
suffered from any serious illness or injury,

خلال الخمس سنوات الماضية، هل تغيبت عن العمل لأكثر من أسبوع،
بسبب أمراض أو إصابات استوجبت استشارة طبيب
أو دخول مستشفى؟
الرجاء ذكر تفاصيل عن الحالات-إن وجدت- متضمنة التاريخ،

I declare that to the best of my knowledge and belief
the above statements are true and I agree that they
shall be the basis of the assurance on my life under
the above Scheme. I consent to the MedGulf
Cooperative Insurance & Reinsurance Company
seeking medical information from any doctor who at
any time has attended me concerning anything which
affects my physical or mental health or seeking
information from any insurance office to which a
proposal has been made for insurance on my life and
I authorize the giving of such information.

إنني أصرح و أقر بأن كافة المعلومات المذكورة
أعلاه هي صحيحة وكاملة وتعتبر أساساً للتأمين،
وبذلك أفوض شركة-ميدغلف- بالحصول على كافة
المعلومات المتعلقة بحالتي الصحية من الأطباء
أو المرافق الطبية أو شركات
التأمين أو أي جهات أخرى في أي وقت.
ولا مانع لدي من منح الشركة
كامل التفاصيل المتعلقة بحالتي الصحية.

I understand that failure to disclose relevant information may invalidate any claim.

أقر و بمعرفتي التامة بأن أي معلومات خاطئة تم تزويدها للشركة، تلغي حقّي بأي مطالبة.

Proposer Nameمقدم الطلب

Signature of Proposer.....التوقيع Date.....التاريخ