

FAMILY TAKAFUL & HEALTH CARE APPLICATION FORM

استمارة طلب التكافل العائلي والرعاية الصحية

This application form should be used for Takaful International products that require takaful and healthcare. All remittances should be made payable to Takaful International. Please enclose copies of any proof of age for the participant to be covered with a completed copy of this form, "Terms & conditions of the selected plan are available on request, please read before applying".

تستخدم هذه الاستمارة لمنتجات التكافل الدولية التي تتطلب التكافل والرعاية الصحية. ويجب أن تكون جميع الحوالات صادرة بأمر دفع لحساب التكافل الدولية. ويرجى إرفاق نسخ من أية مستندات ثبوتية عن سن الأعضاء المشمولين بالتغطية، ونسخة من استمارة طلب التكافل مكتملة البيانات، «وتتوافر نسخة من الشروط والأحكام للمعاملة المرغوبة عند الطلب» ويرجى قراءة شروط الوثيقة قبل ملء البيانات.

It is essential to disclose all facts, which could affect the assessment and/or acceptance of this application, on this form; and if you are in any doubt whether certain facts are important enough to be disclosed then those facts should be disclosed.

كما أنه من الضروري الإفصاح عن أية حقائق أو معلومات من شأنها التأثير على قبول و/أو تقييم هذا الطلب، ويجب أيضاً الإفصاح عن أية حقائق ذات صلة حتى في حالة وجود شكوك بشأن أهمية الإفصاح عنها.

Failure to comply with these requirements could mean that any subsequent claim might be invalid.

وبناءً عليه فإن عدم الامتثال لشروط هذا الطلب تعني بالضرورة عدم أحقية المطالبة بالتعويض عن أية تبعات.

PLEASE FILL THIS FORM COMPLETELY AND CLEARLY IN BLOCK LETTERS

يرجى تعبئة هذه الاستمارة بالكامل وبصورة واضحة

1. PARTICIPANT DETAILS

1. بيانات المشترك

Full Name (according to the official identity document)

الإسم الكامل (كما هو مذكور في مستندات الهوية الرسمية)

Date of Birth

تاريخ الميلاد

CPR Number

الرقم الشخصي

Gender

الجنس

Place of Birth

محل الميلاد

Nationality

الجنسية

Marital Status

الحالة الإجتماعية

عدد الأطفال

No. of Children

أرمل

Widow

مطلق

Divorced

متزوج

Married

أعزب

Single

Home Address

عنوان المنزل

PO Box

صندوق البريد

Block

مجمع

Road

طريق

House

منزل

Country

البلد

City

المدينة

Area

المنطقة

Mobile(1)

نقال (1)

Mobile(2)

نقال (2)

Home Tel.

هاتف المنزل

Email

البريد الإلكتروني

2. PROFESSIONAL DETAILS

2. بيانات العمل

Employer

اسم جهة العمل

Country

البلد

City

المدينة

Employment

صفة العمل

Occupation

المهنة

Owner

مالك

Employee

موظف

Nature of Business and Exact Duties

طبيعة العمل والمهام تفصيليًا

3. PAYMENT DECLARATIONS

3. بيانات الدفع

طريقة الدفع لوثيقة التأمين

Payment Mode for the Insurance Policy:

نقدًا

Cash

البطاقات النقدية (بطاقة الصراف الآلي/ الإئتمانية)

Plastic Money (Debit/Credit/ATM Card)

أخرى

Other

دخل المؤسسة (تملك مؤسسة تجارية)

Business Income (owns a business)

مصادر الأموال التي ستستخدم للدفع للوثيقة

Sources of Funds for the Policy Payment:

4. INSURANCE DETAILS

4. بيانات المستفيد

The policyholder may select the beneficiary. The Beneficiary will receive proceeds only on death of the participant and not on disability or critical illness if these covers apply.

يتسنى لحامل الوثيقة تحديد هوية المستفيد، وسيستلم المستفيد مستحقات هذه الوثيقة في حال وفاة حاملها وليس عند تعرضه لعجز ما أو حالة مرضية خطيرة.

If the loan is obtained from a bank, Bank name should be mentioned below

إذا تم الحصول على القرض من أحد البنوك ، فيجب ذكر اسم البنك أدناه

إسم المستفيد

Beneficiary Name:

النسبة المئوية

Percentage:

Sum Insured

مبلغ التأمين

Insurance Duration (Years)

مدة التأمين (السنوات)

5. MEDICAL HISTORY

5. التاريخ الصحي

If the answer is "Yes" to any of the questions below. Please give full history and dates regarding the nature of treatment, special examinations, (if any), result of treatment.

إذا أجبت بنعم على أي من الأسئلة التالية، يرجى تزويدنا بتفاصيل وافية عن طبيعة وتواريخ العلاج الذي تلقينته أو الفحوصات الطبية التي خضعت لها إن وجدت.

5.1.1) State the name and number of the doctor who is most familiar with your health conditions and that you usually follow up with

5.1.1) أذكر اسم ورقم طبيبك الملم أكثر بحالتك الصحية والذي تقوم بزيارته والمتابعة عنده غالبًا

اسم الطبيب

Doctor Name:

رقم الطبيب

Doctor Number:

5.1.2) Please state reasons for last consultation and treatment.

5.1.2) أذكر سبب آخر استشارة خضعت لها والعلاج الذي تلقينته

5.1.3) Height (cm)

الطول (سم)

Weight (Kg)

الوزن (كجم)

Blood Group

5.1.3) فصيلة الدم

BMI

مؤشر كتلة الجسم

نعم
YES

لا
NO

5.2.1) Do you currently or intend to participate in any dangerous sporting activities of any nature?

5.2.1) هل تمارس أو تشارك أو تنوي المشاركة في أي رياضات خطيرة بأي طبيعة كانت؟

5.2.2) Do you currently or intend to travel or reside abroad except for holidays?

5.2.2) هل تسافر باستمرار أو تبقى خارج البلاد لمدد طويلة باستثناء الإجازات؟

5.2.3) Have you had any change in weight in the past year(s)?

5.2.3) هل تعرضت لأي تغير في الوزن خلال السنة/السنوات الماضية؟

5.2.4) Does your job include any dangerous duties?

5.2.4) هل تتضمن طبيعة عملك التعرض لأي نوع من المخاطر؟

5.2.5) Did you incapacitate from work for more than one week in the past five years due to sickness or injury?

5.2.5) هل توقفت عن العمل لأكثر من أسبوع خلال السنوات الخمس الماضية نتيجة للمرض أو الإصابة؟

5.3.1) Have you ever undertaken or intend to undertake any medical tests, X-ray, MRI, electrocardiogram (ECG) and/or any other diagnostic tests?

5.3.1) هل خضعت إلى، أو تنوي عمل أي تحاليل طبية، أو فحص بالأشعة السينية أو المغناطيسية أو غيرها أو رسم قلب أو أي فحص تشخيصي آخر؟

5.3.2) Have you ever undertaken or was advised to have any medical or diagnostic tests, hospitalization and/or perform a surgery that was not completed due to any reason?

5.3.2) هل تلقيت نصيحة بالخضوع لأي من التحاليل الطبية أو الفحوصات التشخيصية أو لدخول المستشفى أو الخضوع لأي نوع من الجراحات ولم يتم ذلك لأي سبب؟

5.4) Are you currently, or have ever been under observation or taken treatment or medication for any known indication of:
5.4.1) Epilepsy, fainting attacks or any other mental disturbances?

5.4) هل تتلقى الآن، أو تلقيت في أي وقت مضى، أي نوع من العلاج أو التداوي أو كنت تحت الملاحظة لأي من الأمراض التالية:
5.4.1) الصرع أو نوبات الإغماء أو الاضطرابات العقلية؟

5.4.2) Depression or any other psychological disturbances?

5.4.2) الاكتئاب أو أي مرض نفسي آخر؟

5.4.3) Nervous disease, nervous breakdown, complete or partial paralysis, frequent headaches or migraine?

5.4.3) الأمراض العصبية، تكرر الانهيارات العصبية، الشلل الكلي أو الجزئي أو الصداع المزمن أو النصفي؟

5.4.4) Tuberculosis, asthma, persistent cough, pneumonia or any other chest disease?

5.4.4) السل، الربو، الكحة المزمنة أو الالتهاب الرئوي أو أي من الأمراض الصدرية الأخرى؟

5.4.5) Rheumatic fever?

5.4.5) حمى الروماتيزيوم؟

5.4.6) Angina, strokes or any other cardiac (heart) troubles?

5.4.6) الذبحة الصدرية أو الجلطات أو أي اضطرابات تخص القلب؟

5.4.7) Hypertension, Hypotension or any vascular disease?

5.4.7) ضغط الدم المرتفع أو ضغط الدم المنخفض أو أي نوع من أمراض الأوعية الدموية؟

5.4.8) Diabetes mellitus?

5.4.8) السكري؟

5.4.9) Chronic or recurrent indigestion or diarrhea, gastric or duodenal ulcers?

5.4.9) أي شكاوى متكررة أو مزمنة من حالات عسر الهضم، قرحة المعدة أو الإثني عشر، الإسهال؟

5.4.10) Jaundice, gall bladder complaints, liver cirrhosis or any type of hepatitis?

5.4.10) اليرقان "الإصفرار"، الحصى المرارية، تليف الكبد أو الالتهاب الكبدي من أي فئة؟

5.4.11) Renal stones, hematuria or any other renal or urinary diseases?

5.4.11) حصوات الكلى أو البول المدمم أو أي أمراض أخرى في الكلى أو المسالك البولية؟

5.4.12) Inflammation of genital organs or any sexually transmitted diseases?

5.4.12) أي التهابات وتورمات للأعضاء التناسلية أو أي من الأمراض المنقولة جنسياً؟

5.4.13) Skin diseases?

5.4.13) الأمراض الجلدية؟

5.4.14) Ailment of unknown cause as unexplained recurrent or persistent fever or night sweats?

5.4.14) الوبكات الصحية مجهولة الأسباب كالحمى المتكررة أو التعرق المتواصل في الليل؟

5.4.15) Cancer or tumor of any kind?

5.4.15) السرطان أو الأورام من أي نوع؟

5.5.1) Were you ever subjected to surgical operation?

5.5.1) هل خضعت لأي عمليات جراحية؟

5.5.2) Were you ever subjected to transfusion of blood or one of its derivatives?

5.5.2) هل تمت لك أي عمليات لنقل الدم أو أحد مشتقاته "كالبلازما أو كرات الدم أو الصفائح الدموية"؟

5.6) AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome)

5.6) الإيدز (متلازمة فقد المناعة المكتسبة)

5.6.1) Have you ever had any HIV test?

5.6.1) هل سبق وخضعت لفحص الكشف عن مرض الإيدز؟

5.6.2) If yes, when and what was the result of the test?

5.6.2) إذا كانت إيجابتك نعم، فمتى وماذا كانت نتيجة الفحص؟

5.7) Please state the current type and consumption of

5.7) يرجى ذكر نوع ونسبة استهلاكك:

أسبوعياً
Weekly
يوميًا
Daily

Tobacco

التبغ:

Type and consumption:

نوع ونسبة استهلاكك:

أسبوعياً
Weekly
يوميًا
Daily

Alcohol

الكحوليات:

Type and consumption:

نوع ونسبة استهلاكك:

If you are currently not smoking and/or drinking but were previously, when did you quit?

إذا كنت ممن يشربون الكحول أو من المدخنين ولكنك أقلعت، فمتى أقلعت عنه تحديداً؟

5.8) For females Only

5.8) للنساء فقط

5.8.1) Have you had any pregnancy troubles, abortion or any disorders of female organs (and/or breasts relate conditions)?

5.8.1) هل سبق وتعرضت لمضاعفات الحمل أو الإجهاض أو لإضطرابات الأعضاء الأنثوية (و/أو الثدي)؟

5.8.2) If pregnant, how many weeks ?

5.8.2) إذا كنت حامل، ففي أي اسبوع ؟

6. FAMILY HISTORY 6. التاريخ العائلي

العائلة Family	عمر الأحياء Age of Living	الحالة الصحية الحالية / سبب الوفاة Current State of Health / Cause of Death	العمر عند الوفاة Age of Death
Father	الأب		
Mother	الأم		
No. of Brothers	عدد الإخوان		
No. of Sisters	عدد الأخوات		
No. of Living	عدد من على قيد الحياة		
No. of Dead	عدد المتوفين		

Has any of your family members suffered or is suffering from:

هل عانى أو يعاني أي فرد من أفراد عائلتك من أحد الأمراض التالية:

	نعم YES	لا NO	
Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	السل
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	السكري
Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	السرطان
Blood Pressure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ضغط الدم
Heart or Kidney Diseases	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أمراض القلب أو الكلى
Any Other Illnesses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أي أمراض أخرى

6. INSURANCE HISTORY 6. التاريخ التأميني

	نعم YES	لا NO	
6.1.1) Are there any insurance policies in the name of the Insured that are issued by Takaful International or any other insurance company?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6.1.1 هل يوجد أي وثائق تأمين على الحياة صادرة باسم المؤمن عليه من التكافل الدولية أو من أي شركة تأمين أخرى؟
6.1.2) If 'yes' please specify:			6.1.2 إذا كانت الإجابة بنعم فيرجى بيان:
Company:	<input type="text"/>		الشركة:
Sum Insured:	<input type="text"/>	مبلغ التأمين:	Year Issued:
	<input type="text"/>		<input type="text"/>
6.2) Does the proposed Participant have any life, accident or health application now pending, postponed, declined or conditionally approved by any other insurance company?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6.2 هل سبق للمؤمن عليه تقديم طلب تأمين لدى أي شركة تأمين أخرى بغرض التأمين على الحياة أو ضد الحوادث أو التأمين الصحي وتم تعليق أو تأجيل أو رفض هذا الطلب أو قبوله بشروط؟
6.3) Does this application intend to replace any existing valid insurance?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6.3 هل يقصد بهذا الطلب استبدال أي وثيقة تأمين سارية الصلاحية؟

7. DECLARATION

7. إقرار

I declare that I am the person named as the proposed Participant and that the above statements and answers are true and complete to the best of my knowledge and belief. I confirm that they are correctly recorded and are a continuation of and form a part of my life insurance policy with Takaful International Company.

أقر بأنني الشخص المعني بهذا الطلب وأني المؤمن عليه طبقاً له وأن المعلومات والأجوبة المدونة في هذه الاستمارة حقيقية وصحيحة إلى حد علمي ويطيني. كما أؤكد أن المعلومات الواردة هنا تعتبر جزءاً لا يتجزأ من تلك المعلومات المسجلة في وثيقة التأمين على الحياة الخاصة بي والمحافظة لدى شركة التكافل الدولية.

I hereby authorize any physician, hospital, insurance company or other organization that has any records or knowledge of my health to provide this information to Takaful International company and all information about myself with reference to my health or medical history and/or any hospitalization record. I have no objection for a photocopy of this authorization to be served as the valid original.

وأقر أيضاً بأنني أفوض أي طبيب أو مستشفى أو شركة تأمين أو أي هيئة أو منظمة تحتفظ بمعلومات أو بسجلات خاصة بي وتخص حالتني الصحية بالإفصاح عن تلك المعلومات مهما كانت لشركة التكافل الدولية، ولا امانع بأستخدام نسخة من هذا التفويض وأن يعمل بها كالأصلية تماماً.

The proposed Insured shall be the owner of any Policy Issued against the attached application unless a separate owner is stated in the application.

يعتبر المؤمن عليه هو مالك أي وثيقة تصدر بناءً على هذا الطلب ما لم يذكر خلاف ذلك في القسم الخاص بمالك الوثيقة.

Name:

الإسم:

Signature:

التوقيع:

Date:

التاريخ: