



**LIC**  
INTERNATIONAL

شركة التأمين على الحياة (العالمية) ش.م.ب (مقفلة)  
Life Insurance Corporation (International) B.S.C.(C)

شركة مسجلة في مملكة البحرين (س.ت. رقم: ٢١٦٠٦) ومرخصة من قبل بنك البحرين المركزي كشركة تأمين على الحياة، برأس مال قدره ٢٠,٠٠٠,٠٠٠ دينار بحريني (شركة تابعة لشركة التأمين على الحياة - الهند).  
A Company incorporated in the Kingdom of Bahrain (C. R. No. 21606) and licensed by the Central Bank of Bahrain as a Life Insurance Company with Paid up Capital of BD 20,000,000 (A Subsidiary of LIC of INDIA)

Form No. PF 01

## طلب للتأمين على الحياة

### Proposal for Life Insurance on own life

يُرجى المصادقة على التعديلات/ التصحيحات، والتوقيع أسفل كل صفحة:

Please write all answers in BLOCK capital Letters. Kindly authenticate alterations/corrections

رقم الإدخال Inward No	تاريخ الإدخال Date of inward	تاريخ الطلب Date of Proposal
اسم الاستشاري Name of Consultant	رقم كود الاستشاري Consultant Code No	
اسم الوكيل الرئيسي Chief Agent Name	رمز الوكيل الرئيسي Chief Agent Code No.	
عملة إيداع الطلب: دينار بحريني / دولار أمريكي / درهم إماراتي / دينار كويتي / ريال قطري Proposal Deposit Currency : BD / USD / AED / KD / OR / QR	مبلغ إيداع الطلب Proposal Deposit Amount	
تاريخ إيداع الطلب Date of Proposal Deposit	رقم الطلب Proposal Number	
طريقة دفع مبلغ إيداع الطلب Proposal Deposit Payment Mode	<input type="checkbox"/> نقداً Cash <input type="checkbox"/> شيك Cheque <input type="checkbox"/> تحويل عبر التلكس Telex Transfer <input type="checkbox"/> كمبيالة تحت الطلب Demand Draft	

### الجزء أ: البيانات الشخصية لمقدم الطلب/المؤمن على حياته (من فضلك اذكر التفاصيل حسب الأسئلة المذكورة أدناه)

#### Part A: Personal Details of Proposer/Life to be Assured (Please provide details as per questions mentioned therein)

1.	Full Name of the Proposer/Life to be Assured (please mention as appearing in the passport)	الاسم بالكامل للمقدم / للتأمين على الحياة (كما هو مذكور في جواز السفر)
	First Name الأسم الأول Middle Name إسم الأب والجد Last Name إسم العائلة	
2.	Father's full Name اسم الأب بالكامل	
3.	Place of Birth مكان الميلاد Country of Birth بلد الميلاد	تاريخ الميلاد Date of Birth
	الجنس Gender <input type="checkbox"/> ذكر Male <input type="checkbox"/> أنثى Female Age proof دليل السن سنوآت : السن Age : Years	D D M M Y Y Y Y شهر Months
4.	Address for Communication عنوان التواصل (يرجى تقديم دليل لإثبات العنوان) (please submit address proof)	العنوان الدائم في البلد الأم Permanent Address in Home Country (please submit address proof) (يرجى تقديم دليل لإثبات العنوان)
	البلدة / الإمارة Country/Emirate :	

5.	أرقام الهاتف في مكان الإقامة الحالي Contact numbers at present place of residence			أرقام الهاتف في البلد الأم Contact numbers in Home Country		
	ISD Code		كود	ISD Code		كود
	Mobile		هاتف الجوال	Mobile		هاتف الجوال
	Office		المكتب	Office		المكتب
	Residence		الإقامة	Residence		الإقامة
6.	البريد الإلكتروني Email ID's					
7.	Nationality/ Citizenship/s: Kindly mention names of Countries of which you are holding citizenship الجنسية/ المواطنة: يُرجى ذكر أسماء الدول التي تحمل جنسيتها					
8.	Passport Number رقم جواز السفر	Date of Expiry تاريخ الانتهاء	Country of Issue دولة الإصدار			
9.	CPR/Emirate ID/Citizenship Card No رقم البطاقة التعريفية/ بطاقة الإقامة/ بطاقة المواطنة		Date of Expiry تاريخ الانتهاء			
10.	VISA issued by Country/Emirate تأشيرة الإقامة / مصدرة بواسطة		Educational Qualifications المؤهلات الدراسية			
11.	a. Occupation/Profession الوظيفة/ المهنة		b. Nature of Duties طبيعة الالتزامات			
	c. Does your occupation require you to work at heights over 10 metre, work underground, offshore, at remote locations, handling or transporting hazardous materials or any other hazardous duties not mentioned here? YES <input type="checkbox"/> / NO <input type="checkbox"/> If yes, please provide details.		هل تتطلب مهنتك العمل على ارتفاعات تزيد عن 10 أمتار أو العمل تحت الأرض أو في الخارج أو في مواقع بعيدة أو مناولة أو نقل المواد الخطرة أو أي واجبات خطرة أخرى غير مذكورة هنا؟			
12.	الدخل السنوي من كافة المصادر Annual Income from all Sources: USD / BD / AED / KD / OR / QR					
13.	اسم وعنوان صاحب العمل a. Name and address of Employer		b. Sources of Income/Funds for payment of premium:  <input type="checkbox"/> Salary Income <input type="checkbox"/> Business Income <input type="checkbox"/> Other Sources  (Please specify the source of funds for payment of premium and submit self-attested documentary proof ) جميع مصادر الدخل دخل الراتب / دخل الأعمال التجارية / مصادر أخرى (يرجى تحديد مصدر الأموال لدفع قسط التأمين وتقديم دليل موثق ذاتيًا لمصدر الأموال)			
14.	هدف التأمين Object/purpose of Insurance					



Particulars of the Plan/s proposed for Life Insurance									
الخطة Plan	المدة (السنوات) Term (Years)	مدة دفع القسط Premium paying term	طريقة الدفع سنوي / نصف سنوي / ربع سنوي / شهري / قسط واحد Mode: Yly/ Hly/ Qly/ Mly/ S.P.	مبلغ التأمين (بالدولار الأمريكي) Sum Assured USD (\$)	القسط (بالدولار الأمريكي) Premium USD (\$)	إضافة قسط (بالدولار الأمريكي) Top Up Premium USD (\$)	مزايا تغطية الحوادث (يرجى ذكر مبلغ التأمين لتغطية) Double Accident benefit required (please state the Sum Assured)	مزايا تغطية الحوادث (يرجى ذكر مبلغ التأمين لتغطية) Double Accident benefit required (please state the Sum Assured)	إذا التاريخ بتاريخ سابق مطلوب Date of commencement (if back dating required)
<p>المزايا الإضافية للتأمين، عند الاختيار: For additional insurance riders, if opted:      A) Premium Waiver benefit required      YES <input type="checkbox"/> / NO <input type="checkbox"/>      (لا / نعم) ميزة حماية الأسرة مطلوبة      YES <input type="checkbox"/> / NO <input type="checkbox"/>      B) Family Protection benefit required</p>									
<p>a). Please provide details of your existing insurance including policies with disability or critical illness cover with any insurance company worldwide.</p>									
أرقام بوليصة التأمين Policy Numbers	اسم شركة التأمين Name of Insurance Company	سنة الإصدار Year of issue	مبلغ تغطية التأمين (بالدولار الأمريكي) Sum assured (USD)	المزايا و مبلغ تغطية التأمين (بالدولار الأمريكي) Accident Benefit YES / NO	مع أو بدون التأمين ضد الحوادث YES / NO	فترة البوليصة Policy Term	سبب تغطية التأمين Reason for Cover	الوضع الحالي لوثيقة التأمين Present status of the policy	
<p>Please Note: The Company does not entertain any fresh proposal for insurance where a policy has lapsed or has been converted into paid up policy within the last three years or surrendered in last year.</p>									





22.	<p>Is any application for revival of any of your policies is under Consideration?</p> <p>هل هناك أي طلب لإحياء أي من وثائق التأمين الخاصة بك قيد النظر؟ إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى ذكر التفاصيل.</p> <p>YES <input type="checkbox"/> / NO <input type="checkbox"/> If yes, please provide details.</p>	<p>السفر: يرجى تقديم تفاصيل السفر التي قمت بها خلال الـ 12 شهراً الماضية</p>																								
23.	<p>Travel : a). Please provide details of travel that you have undertaken over the last 12 months:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>الدولة و المدينة Country &amp; City</th> <th>مدة البقاء خلال الرحلة Duration of Stay Per Visit</th> <th>عدد الرحلات سنوياً Number of visits per year</th> <th>سبب السفر ( عمل ، سياحة ) Purpose of Travel (Business, Vacation)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table> <p>b). Please provide details of travel that you intend to undertake in the following 12 months:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>الدولة و المدينة Country &amp; City</th> <th>مدة البقاء خلال الرحلة Duration of Stay Per Visit</th> <th>عدد الرحلات سنوياً Number of visits per year</th> <th>سبب السفر ( عمل ، سياحة ) Purpose of Travel (Business, Vacation)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	الدولة و المدينة Country & City	مدة البقاء خلال الرحلة Duration of Stay Per Visit	عدد الرحلات سنوياً Number of visits per year	سبب السفر ( عمل ، سياحة ) Purpose of Travel (Business, Vacation)									الدولة و المدينة Country & City	مدة البقاء خلال الرحلة Duration of Stay Per Visit	عدد الرحلات سنوياً Number of visits per year	سبب السفر ( عمل ، سياحة ) Purpose of Travel (Business, Vacation)									<p>إذا كنت تنوي السفر خلال الـ 12 شهراً القادمة ، يرجى ذكر التفاصيل:</p>
الدولة و المدينة Country & City	مدة البقاء خلال الرحلة Duration of Stay Per Visit	عدد الرحلات سنوياً Number of visits per year	سبب السفر ( عمل ، سياحة ) Purpose of Travel (Business, Vacation)																							
الدولة و المدينة Country & City	مدة البقاء خلال الرحلة Duration of Stay Per Visit	عدد الرحلات سنوياً Number of visits per year	سبب السفر ( عمل ، سياحة ) Purpose of Travel (Business, Vacation)																							
24.	<p>Please provide your Bank Account details, which you will be using to pay the premium. Payment of premium by way of cheque and telex transfers must be in favor of LIC International only</p> <table border="1"> <tr> <td>اسم البنك Name of the Bank</td> <td> </td> </tr> <tr> <td>الفرع البنك Bank Branch</td> <td> </td> </tr> <tr> <td>رقم الحساب المصرفي الدولي IBAN</td> <td> </td> </tr> <tr> <td>رقم الحساب المصرفي Bank Account Number</td> <td> </td> </tr> </table>	اسم البنك Name of the Bank		الفرع البنك Bank Branch		رقم الحساب المصرفي الدولي IBAN		رقم الحساب المصرفي Bank Account Number		<p>تفاصيل الحساب المصرفي للتسديد المباشر للحساب المصرفي ، ، والتي ستستخدم لدفع قسط التأمين. عمليات التحويل التلكس / الشيك يجب ان تكون لصالح شركة التأمين على الحياة (LIC International) فقط</p>																
اسم البنك Name of the Bank																										
الفرع البنك Bank Branch																										
رقم الحساب المصرفي الدولي IBAN																										
رقم الحساب المصرفي Bank Account Number																										
<p>(Question No. 25 &amp; 26 are for UAE Customers)</p>																										
25.	<p>Please provide details of banks you are dealing with/holding account with. Please provide bank name and type of account maintained (current/savings)</p> <p>In case no personal account is maintained and all transactions are being made from company account, details of company accounts should be provided.</p> <p>يرجى توضيح بيانات البنوك التي تتعامل معها / أو التي لديك حساب فيها، يرجى توضيح اسم البنك ونوع الحساب المصرفي (جاري / ادخار) (في حالة كان الحساب غير شخصي وكانت جميع المعاملات البنكية تتم من حساب شركة، يجب توضيح بيانات حساب الشركة)</p>	<p>1. _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>2. _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>																								

26.	<p>Have you or your company availed any loan facility from any banks?</p> <p>YES <input type="checkbox"/> / NO <input type="checkbox"/> If yes, please provide details.</p>	<p>هل حصلت انت او شركتك على اي تسهيلات اقتراض من اي بنك اذا كان كذلك، يرجى توضيح التفاصيل لا / نعم في حالة الأجابة بنعم، يرجى التوضيح:</p>
27.	<p>Details of Nominee/s: I hereby appoint following person/s as nominee/s under this policy to whom policy monies will be paid in case of death of life assured. (please provide identification and address proof documents of Nominee/Appointee)</p>	<p>تفاصيل المرشح / المستفيد: أعين بموجب هذه الوثيقة الشخص التالي كمرشح / مستفيد بموجب وثيقة التأمين هذه والذي ستمول إليه اموال هذه الوثيقة في حالة الوفاة. ( يرى تقديم هوية المرشح / المعين)</p>

التفاصيل Particulars	تفاصيل المرشح ( بطاقة الهوية للمرشح ) Details of Nominee	تفاصيل الوصي إذا كان المرشح قاصراً Details of Appointee (Appointee is required only if the Nominee is minor)
Name/s الأسم		
هل العنوان هو نفسه عنوان مقدم الطلب/المؤمن عليه؟ إذا لم يكن كذلك ، يرجى ذكر العنوان Whether the address is same as given for Proposer/Life to be Assured. YES / NO If not, please mention the address		
Nationality الجنسية		
Age السن / تاريخ الانتهاء		
Relation to Life Assured صلته بالمؤمن عليه		
Passport Number / رقم جواز السفر /		
Date of Expiry تاريخ الانتهاء		
رقم البطاقة التعريفية/ بطاقة الإقامة/ بطاقة المواطنة CPR / Civil ID / Citizen Card No.		
Expiry Date بطاقة هوية المقيم وتاريخ الانتهاء		
الهاتف/ الجوال	Local Number الرقم المحلي	
Tel./ Mob.	Home Country البلد الأم	

توقيع المُعَيَّن (إذا كان ينطبق) Signature of Appointee (if nominee is minor)



## الجزء ب: بيان شخصي حول الحالة الصحية الحالية

### Part B: Personal Statement about present state of health

Note: - Please read carefully and answer every Question. Do not use dots, dashes, or ditto marks. In case answer is yes, please give full details in the space provided or attach separate sheet.

ملاحظة: يُرجى قراءة كل سؤال بعناية. لا تستخدم النقاط أو الخطوط الفاصلة، في حالة الإجابة بنعم، يُرجى سرد التفاصيل الكاملة في المساحة المتوفرة أو إرفاق ورقة منفصلة.

(لا يلزم ملء هذا الجزء في حالة عدم وجود وثائق تأمين لتغطية المخاطر)  
(This part need not be filled in case of without risk cover policies)

No.	السؤال Question	الإجابة Answer
1.	<p>الطول _____ سم Cms      الوزن _____ كجم Kgs</p> <p>Height _____      Weight _____</p> <p>هل تغير وزنك بأكثر من 5 كجم في آخر 12 شهراً؟ إذا كانت الإجابة نعم يرجى ذكر السبب</p> <p>Has your weight changed by more than 5kgs in the last 12 months? If yes, please provide reasons</p>	
2.	<p>هل قمت بتدخين سجائر أو السجائر الإلكترونية (الشيشة الإلكترونية) أو أي منتج يحتوي على النيكوتين في آخر 12 شهراً؟</p> <p>Have you smoked tobacco, e-cigarettes (Vape) or any other substance or used nicotine product within last 12 months?</p> <p>إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى تقديم النوع والكمية في اليوم</p> <p>If yes, please provide the type and quantity per day : _____</p> <p>إذا كنت مدخناً سابقاً، فيرجى التأكيد عند التوقف عن التدخين</p> <p>If you are ex-smoker, please confirm when you stopped smoking</p>	<p>_____</p> <p>M M Y Y</p>
3.	<p>هل تستهلك الكحول؟</p> <p>Do you consume alcohol?</p> <p>إذا كانت الإجابة بنعم، فيرجى تقديم عدد الوحدات المستهلكة في الأسبوع</p> <p>If yes, please provide the number of units consumed per week : _____</p> <p>1 وحدة = قياس واحد من المشروبات الروحية أو 125 مل من كأس النبيذ أو 250 مل من البيرة</p> <p>1 unit = single measure of spirits or 125 ml glass of wine or 250 ml of beer</p>	
4.	<p>هل تم نصحك من قبل بالتخلي عن التبغ و / أو الكحول لسبب محدد؟</p> <p>Have you ever been advised to give up tobacco and / or alcohol for a specific reason?</p>	
5.	<p>هل سبق أن عانيت أو عولجت أو عانيت من أعراض للحالات التالية</p> <p>Have you ever had been treated for or had symptoms for the following conditions</p>	
a.	<p>مرض السكري أو ارتفاع السكر في الدم؟</p> <p>Diabetes or raised blood sugar?</p>	
b.	<p>أي مرض أو اضطراب أو حالة تتعلق بالقلب أو الدورة الدموية؟</p> <p>Any disease, disorder or condition related to heart or circulatory system?</p> <p>(including high blood pressure, chest pain, heart attack, murmur, palpitations etc.)</p>	
c.	<p>أي نوع من السرطان، حالات ما قبل السرطان، ورم، كتل، كيس أو تضخم الغدد؟</p> <p>Any type of cancer, pre-cancerous conditions, tumor, lump, cyst or enlarged glands?</p>	
d.	<p>أي مرض أو اضطراب في الرئة أو الجهاز التنفسي؟</p> <p>Any disease or disorder of lung or respiratory system?</p> <p>(Including shortness of breath, asthma, bronchitis, persistent cough, tuberculosis etc.)</p>	
e.	<p>أي حالة تؤثر على الأمعاء أو الجهاز الهضمي؟</p> <p>Any condition affecting your bowel or digestive system?</p> <p>(including reflux, ulcers, hernia, recurrent indigestion, persistent constipation or diarrhea, gastric banding or sleeve etc.)</p>	
f.	<p>أي مرض أو اضطراب أو حالة تتعلق بالكلية أو المثانة؟</p> <p>Any disease, disorder or condition related to kidneys or bladder?</p> <p>(including blood or protein in urine, kidney or bladder stones etc.)</p>	
g.	<p>أي حالة تؤثر على الكبد أو البنكرياس؟</p> <p>Any condition affecting your liver or pancreas?</p> <p>(including fatty liver, hepatitis etc.)</p>	



h.	Any disorder or disease of the muscles, bones, joints, limbs or spine ? (including arthritis, rheumatism, slipped disc, paralysis etc.)	أي اضطراب أو مرض في العضلات أو العظام أو المفاصل أو الأطراف أو العمود الفقري؟ (بما في ذلك التهاب المفاصل والروماتيزم وانزلاق الغضروف والشلل وما إلى ذلك)
i.	Any neurological, psychiatric, mental illness ? (Including fits, epilepsy, persistent headache, anxiety, depression, stroke etc.)	أي مرض عصبي أو نفسي أو عقلي؟ (بما في ذلك النوبات والصرع والصداع المستمر والقلق والاكتئاب والسكتة الدماغية وما إلى ذلك)
j.	Any disorder of the blood, skin or auto immune disease? (Including anemia, thalassemia, sickle cell disease, Lupus etc.)	أي اضطراب في الدم أو الجلد أو أمراض المناعة الذاتية؟ (بما في ذلك فقر الدم ، الثلاسيميا ، مرض فقر الدم المنجلي ، الذئبة ، إلخ)
k.	Disease or disorder of thyroid, ear, eye, nose? (including partial or total hearing loss, tinnitus, partial or total loss of vision, optic neuritis etc.)	مرض أو اضطراب الغدة الدرقية والأذن والعين والأنف؟ (بما في ذلك فقدان السمع الجزئي أو الكلي ، وطنين الأذن ، وفقدان الرؤية الجزئي أو الكلي ، والتهاب العصب البصري ، إلخ)
l.	Have you ever tested positive for Hepatitis B or C or HIV or are you awaiting the results of such tests ?	الكبد B أو C أو فيروس نقص المناعة البشرية أو هل تنتظر نتائج هذه الاختبارات؟
m.	For male only : Have you ever had a prostate condition ?	للذكور فقط: هل عانيت من قبل من حالة مرضية في البروستاتا؟
n.	Any symptoms of illness, any physical defect or any condition not mentioned above ?	هل من أعراض مرضية أو عيب جسدي أو أي حالة غير مذكورة أعلاه؟
6.	Are you currently taking any medication?	هل حالياً تأخذ اي دواء؟
7.	In the past 5 years, have you been under medical review or follow-ups with medical specialist or undergone any medical test or special examination such as but not limited to ECG, blood tests, biopsies, MRI/CT scan, PSA screening, mammography etc.	في السنوات الخمس الماضية ، هل خضعت للمراجعة الطبية أو المتابعة مع أخصائي طبي أو خضعت لأي اختبار طبي أو فحص خاص، على سبيل المثال لا الحصر ، تخطيط القلب ، اختبارات الدم ، الخزعات ، التصوير بالرنين المغناطيسي / التصوير المقطعي المحوسب ، فحص PSA ، التصوير الشعاعي للثدي ، إلخ.
8.	In the past 5 years, have you ever been admitted to a hospital or been absent from work for a period of more than five days due to any illness or injury?	في السنوات الخمس الماضية ، هل سبق لك أن دخلت المستشفى أو تغيبت عن العمل لمدة تزيد عن خمسة أيام بسبب أي مرض أو إصابة؟
9.	In the past 12 months, have you had any medical symptom, change in your physical or mental health for which you have not consulted a doctor, hospital or medical practitioner?	خلال الاثني عشر شهراً الماضية ، هل عانيت من أي أعراض طبية أو تغير في صحتك البدنية أو العقلية لم تستشر طبيباً أو مستشفى أو ممارساً طبياً بسببه؟
10.	Are you awaiting the result of any medical investigation, procedure follow up or any other medical or blood test?	هل تنتظر نتيجة أي فحص طبي أو متابعة إجراء أو أي فحص طبي أو فحص دم؟
11.	In the next 12 months, do you intend to have any consultation or check up in connection with any medical symptom or condition or are you waiting for the result of any medical investigation?	في الاثني عشر شهراً القادمة ، هل تنوي إجراء أي استشارة أو فحص فيما يتعلق بأي أعراض أو حالة طبية أم أنك تنتظر نتيجة أي فحص طبي؟
12.	Please provide details of the doctor / clinic / hospital you are visiting for your well-being (even if it is in a country other than your current country of residence)	يرجى تقديم تفاصيل عن الطبيب / العيادة / المستشفى الذي تزوره من أجل صحتك (حتى لو كانت في بلد آخر غير بلد إقامتك الحالي)
	Name of Doctor / اسم الطبيب	
	Name of Clinic / Hospital / المستشفى / اسم العيادة	
	Address / العنوان	



13.	Did you ever have any accident or injury? هل سبق لك أن تعرضت لأي حادث أو إصابة؟ YES / NO If yes please provide details اذا كانت الإجابة نعم يرجى ذكر التفاصيل.																																							
14.	What has been your usual state of health? ما هي حالتك الصحية المعتادة؟																																							
15.	<p><b>Family History</b> تاريخ العائلة</p> <p>Please provide details of your family history below. Particular importance is where your father, mother or any of your brothers or sisters had died or suffered from heart disease, cancer, stroke, multiple sclerosis, diabetes or any neurological disorders before age of 60 years or from a familial / hereditary disorder.</p> <p>يرجى تقديم تفاصيل تاريخ عائلتك أدناه. من الأهمية بمكان أن يكون والدك أو والدتك أو أي من إخوتك أو أخواتك قد مات أو عانى من أمراض القلب أو السرطان أو السكتة الدماغية أو التصلب المتعدد أو مرض السكري أو أي اضطرابات عصبية قبل سن 60 عامًا أو بسبب اضطراب عائلي / وراثي.</p>																																							
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>صلة القرابة Relationship</th> <th>الحي Living</th> <th>المتوفى Dead</th> </tr> <tr> <th></th> <th>السن Age</th> <th>الحالة الصحية المعتادة Present State of Health</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>الأب Father</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>الأم Mother</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>الاخ Brother</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>الاخ Brother</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>الأخت Sister</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>الأخت Sister</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	صلة القرابة Relationship	الحي Living	المتوفى Dead		السن Age	الحالة الصحية المعتادة Present State of Health	الأب Father			الأم Mother			الاخ Brother			الاخ Brother			الأخت Sister			الأخت Sister			<table border="1"> <thead> <tr> <th>سبب الوفاة Cause of death</th> <th>السن عند الوفاة Age at Death</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	سبب الوفاة Cause of death	السن عند الوفاة Age at Death												
صلة القرابة Relationship	الحي Living	المتوفى Dead																																						
	السن Age	الحالة الصحية المعتادة Present State of Health																																						
الأب Father																																								
الأم Mother																																								
الاخ Brother																																								
الاخ Brother																																								
الأخت Sister																																								
الأخت Sister																																								
سبب الوفاة Cause of death	السن عند الوفاة Age at Death																																							
16.	<p><b>For Female Proposer/Life to be Assured only: (Kindly fill in if applicable) (يُرجى ملء هذا الطلب، إن أمكن)</b></p> <p><b>أ- البيانات الشخصية</b></p> <table border="1"> <tr> <td>تاريخ آخر حيض Date of last Menstruation</td> <td>هل أجريت أي عملية إجهاض أو عملية قيصرية؟ إذا كان الأمر كذلك، يُرجى إعطاء التفاصيل Have you had any abortion or miscarriage or Caesarian section? If so please give details.</td> <td>تاريخ آخر ولادة State date of last delivery</td> <td>هل أنت حامل الآن؟ (إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى ذكر عدد أشهر الحمل) Are you pregnant now? (If yes, how many months)</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p><b>ب. أي مرض أو اضطراب في الثدي أو عنق الرحم أو الرحم أو المبايض أو قناتي فالوب؟ (نعم / لا)</b>  <b>ب. أي مرض أو اضطراب في الثدي أو عنق الرحم أو الرحم أو المبايض أو قناتي فالوب؟ (نعم / لا)</b>          YES <input type="checkbox"/> / NO <input type="checkbox"/> If yes, please provide details.</p> <p><b>ج. هل من مضاعفات الحمل أو الولادة أو إصابة الطفل بتشوهات خلقية؟ (نعم / لا)</b>  <b>ج. هل من مضاعفات الحمل أو الولادة أو إصابة الطفل بتشوهات خلقية؟ (نعم / لا)</b>          YES <input type="checkbox"/> / NO <input type="checkbox"/> If yes, please provide details.</p> <p><b>د- إذا كنت متزوجة، يُرجى ذكر التفاصيل التالية:</b></p> <table border="1"> <tr> <td>i. Husband's full name :</td> <td>أ. اسم الزوج بالكامل:</td> </tr> <tr> <td>ii. His occupation :</td> <td>إ. مهنته:</td> </tr> <tr> <td>iii. His annual Income :</td> <td>إ. دخله السنوي:</td> </tr> </table>	تاريخ آخر حيض Date of last Menstruation	هل أجريت أي عملية إجهاض أو عملية قيصرية؟ إذا كان الأمر كذلك، يُرجى إعطاء التفاصيل Have you had any abortion or miscarriage or Caesarian section? If so please give details.	تاريخ آخر ولادة State date of last delivery	هل أنت حامل الآن؟ (إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى ذكر عدد أشهر الحمل) Are you pregnant now? (If yes, how many months)					i. Husband's full name :	أ. اسم الزوج بالكامل:	ii. His occupation :	إ. مهنته:	iii. His annual Income :	إ. دخله السنوي:																									
تاريخ آخر حيض Date of last Menstruation	هل أجريت أي عملية إجهاض أو عملية قيصرية؟ إذا كان الأمر كذلك، يُرجى إعطاء التفاصيل Have you had any abortion or miscarriage or Caesarian section? If so please give details.	تاريخ آخر ولادة State date of last delivery	هل أنت حامل الآن؟ (إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى ذكر عدد أشهر الحمل) Are you pregnant now? (If yes, how many months)																																					
i. Husband's full name :	أ. اسم الزوج بالكامل:																																							
ii. His occupation :	إ. مهنته:																																							
iii. His annual Income :	إ. دخله السنوي:																																							



iv. Details of Husband's existing Insurance :

iv. تفاصيل تأمين الزوج :

الوضع الحالي لوثيقة التأمين Present status of the policy	الخطة والمدة Plan and Term	مبلغ التأمين Sum Assured	اسم شركات التأمين Name of the Insurance Company	رقم وثيقة التأمين Policy No.

\*If previous policies are from LIC (International) BSC (C) please give name of the branch office (Please attach separate sheet if space is not sufficient)

إذا كانت وثائق التأمين السابقة من شركة التأمين على الحياة (العالمية) ش.م.ب (مقفلة) ، يُرجى ذكر اسم فرع المكتب (يرجى إرفاق ورقة منفصلة إذا كانت المساحة غير كافية).

## الجزء ج: إقرار مقدم الطلب/المؤمن عليه العرض: Part C: Declaration by Proposer/Life to be Assured:

1. أقر (اسم مقدم الطلب/المؤمن عليه)، بموجب هذا أن البيانات والإجابات السابقة الواردة في جزء أ وب أعلاه قد قمت بتقديمها بعد فهمي الكامل لها وأقر بصحتها، كما أقر بعدم حجب أي معلومات، وأوافق أن تشكل هذه البيانات وهذا الإقرار أساساً لعقد الضمان بيني وبين شركة التأمين على الحياة (العالمية) ش.م.ب (مقفلة) (المشار إليها فيما بعد باسم "الشركة")، وكذلك جزءاً من أي عقد لوثيقة التأمين يُصدر بموجبها. كما أنني أدرك تماماً وأوافق على أنه في حالة وجود أي معلومات غير صحيحة في هذا العقد، يكون العقد المذكور باطلاً، ويحق للشركة مصادرة الأموال المدفوعة.

1. I (Name of the Proposer/Life to be Assured), do hereby declare that the foregoing statements and answers in part A and part B above have been given by me after fully understanding the questions and the same are true and complete in every particular and that I have not withheld any information and do hereby agree and declare that these statements and this declaration shall be basis of the contract of assurance between me and Life Insurance Corporation (International) B.S.C.(C) (referred as "the Company" hereinafter). I agree that they shall form a part of any Policy contract that may be issued on the strength thereof. I am also fully aware and agreeing that if any untrue information be contained therein, the said contract shall be absolutely Null and Void and monies which shall have been paid in respect thereof shall stand forfeited to the Company.

2. لقد فهمت بالكامل شروط وأحكام الخطة المقترحة ومزايا الاستحقاق والوفاء المتاحة في إطار الخطة المقترحة.

2. I have fully understood the terms and conditions of the proposed plan and maturity and death benefits available under the proposed plan.

3. أوافق على أن الضمانات المقترحة في هذه الوثيقة لن يسري العمل بها إلا على أساس الاتصال الرسمي لتحمل المخاطر من قبل الشركة وفقاً لهذا الاقتراح والبيان الشخصي والتقارير الطبية الخاصة بحالتي الصحية التي قد تطلبها الشركة.

3. I further agree that the assurance proposed herein shall commence only on formal communication of assumption of risk by the Company on the basis of this proposal and personal statement and such medical reports on my state of health as may be required by the Company.

4. وأوافق كذلك أن أبلغ الشركة على الفور، بعد تاريخ تقديم الطلب وقبل إصدار إيصال الاستلام الأول، كتابةً بأي تغيير يطرأ على مهنتي أو مركزي المالي أو صحتي العامة أو أي تغيير يطرأ على أي فرد من أفراد أسرتي، لإعادة النظر في شروط قبول الضمان. أي تقصير من جانبي في أداء ذلك يجعل هذا الضمان باطلاً ويحق للشركة مصادرة كافة الأموال المدفوعة.

4. I further agree that after the date of submission of the proposal but before the issue of First Premium Receipt, any change in my occupation, financial position and the general health or that of any member of my family occur, I shall forthwith intimate the same to the Company in writing to reconsider the terms of acceptance of assurance. Any omission on my part to do so shall render this assurance invalid and all money which shall have been paid in respect thereof shall stand forfeited to the company.

5. أفوض بموجب هذا أي طبيب أو مستشفى أو شركة تأمين أو أي منظمة أخرى لديها أي سجلات أو معلومات ذات صلة بصحتي بتقديم أي وجميع هذه المعلومات إلى الشركة، على أن تكون صورة هذا التفويض مطابقة للأصل.

5. I hereby authorize any medical practitioner, physician, hospital, Insurance Company or any other organization, which has any records or knowledge of me or my health to provide any and all such information to the Company. A photocopy of this authorization shall be as valid as the original.

6. أؤكد بموجب ذلك أن نموذج الطلب هذا قد تم تعبئته وتوقيعه بعد فهم كامل للأحكام ذات الصلة من تشريعات ولوائح مكافحة غسيل الأموال / متطلبات اعرف عميلك والالتزام بها.

6. I hereby confirm that this proposal form is filled in and signed after understanding fully the relevant provisions of anti-money laundering legislations and regulations and know-your-customer (KYC) parameters/ requirements and comply with the same.



7. أقر أيضاً أنني لست مشاركاً في أي نشاط يمكن اعتباره غير قانوني بموجب تشريعات مكافحة غسيل الأموال، وأن الأموال التي أودعتها لسداد قسط وثيقة التأمين هي من عائدات المعاملات القانونية والمشروعة. كما أخول الشركة للكشف عن المعلومات المتعلقة بي وبأموالي لدى أي سلطة تنظيمية. كما أنني أعلم حقيقة أن السلطات التنظيمية / الحكومية قد تحجب أي أموال متعلقة بي، وأن المعاملات قد يتم تعليقها نتيجة لأي تحقيق من جانب هذه السلطات التنظيمية. وفي هذه الحالة، لن أحمل الشركة مسؤولية أي خسائر من أي نوع ناجمة عن هذا التعليق/ تجميد الأموال / أموال وثيقة التأمين.

7. I also declare that I am not engaged in any activity that may be considered illegal under anti-money laundering legislations and that funds deposited by me towards the premium for the life insurance proposal/policy are the proceeds of legal and legitimate transactions. I also authorize the Company to disclose information relating to me and my funds to any regulatory authority. I also know the fact that regulatory/ Government authorities may withhold any policy monies/ funds to my credit and that transactions may be suspended as a result of any enquiry by such regulatory authorities. In the happening of such event, I will not hold the Company responsible for any losses of any kind arising out of or consequent thereto such holding/ freezing of funds/ policy monies.

8. أفوض الشركة بإرسال المراسلات من خلال البريد الإلكتروني/ الرسائل النصية القصيرة إلى البريد الإلكتروني الخاص بي أو أرقام الهواتف المحمولة المذكورة في هذه الإستمارة، وسيتم إبلاغ الشركة بأي تغييرات لاحقة في البريد الإلكتروني أو أرقام الهواتف المحمولة.

8. I authorize the company to send the correspondence through e-mail/ SMS to my email ids or mobile numbers provided in this form and any subsequent changes in e-mail-ids or mobile numbers will be notified to the company.

9. وأقر أيضاً أنني في الوقت الحالي لست أحد مواطني الولايات المتحدة الأمريكية أو مقيماً في الولايات المتحدة الأمريكية. وفي حال حصولي على جنسية الولايات المتحدة الأمريكية أو أصبحت مقيماً بها، سأبلغ المكتب على الفور وسوف ألتزم بأي متطلبات بموجب لوائح قانون الامتثال الضريبي الأمريكي، إن وجدت. (\* يمكنك شطب البند إذا كان لا ينطبق)

9. I also declare that presently I am not citizen of USA or the resident of USA. In case I take citizenship of USA or become resident of USA I will inform the office immediately and will comply with any requirement under FATCA regulations, if applicable.\* (\*strike off if not applicable)

Date/ التاريخ : \_\_\_\_\_

Place / المكان : \_\_\_\_\_

SIGNATURE

توقيع الشاهد Signature of Witness

اسم وعنوان الشاهد  
Name & Address of Witness

SIGNATURE

توقيع مقدمي الطلب/ المؤمن على حياته  
Signature of Proposer / Life to be Assured

NAME

اسم مقدم الطلب/ المؤمن على حياته  
Name of Proposer / Life to Assured

Specimen Signatures of Proposer/Life to be Assured:

نموذج توقيعات مقدم الطلب/ المؤمن

1.	2.
SIGNATURE	SIGNATURE

إذا جاء توقيع مقدم الطلب/ المؤمن و/أو الإجابة عن الأسئلة المتضمنة هنا بلغة غير تلك المحرر بها النموذج المائل، فإنه يتعين عليه/ عليها الإقرار بخط يدهم فوق التوقيع أنه قد تم شرح جميع الأسئلة وأن الإجابات جاءت بعد فهمها فهماً صحيحاً.

If answer to the questions and/or signature of the Proposer/Life to be Assured is in language other than from the proposal, he/she should declare in their own handwriting above their signature that all questions were explained and that their replies are given after fully and properly understanding the same.

خطاب تفويض لتسليم مستندات وثيقة التأمين

## AUTHORISATION LETTER FOR HANDING OVER POLICY DOCUMENT

أفوض بموجب هذا \_\_\_\_\_ (اسم الوكيل) لاستلام مستندات وثيقة/ وثائق التأمين نيابة عني عقب الموافقة على التأمين ضد المخاطر تحت موضوع الطلب.

I hereby authorize \_\_\_\_\_ (Name of Consultant) to collect policy document/s on my behalf subsequent to the acceptance of risk under the subject proposal.

توقيع مقدم الطلب/ المؤمن عليه Signature of Proposer/Life to be Assured



# التصديق الذاتي للعملاء

## Common Reporting Standard – (CRS) Certification Declaration

Please complete and sign this form. For Joint Life Policies, each life assured will have to complete a separate form.

يرجى ملئ وتوقيع الاستمارة. بوليصات التأمين على الحياة المشتركة، يجب على كل حياة مؤمن عليها ان يكون لها استمارة كاملة مستقلة.

الاسم بالكامل Full Name										
تاريخ الميلاد Date of Birth	D	D	M	M	Y	Y	Y	Y	محل الميلاد Place of Birth	
المدينة او البلدة Town or City					الدولة Country				الجنسية Nationality	
دولة الإقامة الحالية Present Country of Residence										

Are you a tax resident in any other country other than present country mentioned above?

هل انت مسدد لضريبة اقامة في أي دولة أخرى غير المذكورة أعلاه؟

نعم ☐  
Yes

لا ☐  
No

For details on tax residency of a country please refer to OECD site :

لمزيد من التفاصيل عن ضريبة إقامة الدول يرجى الاطلاع على الموقع الالكتروني الخاص بمنظمة التعاون الاقتصادي والتنمية على الرابط التالي:

(<http://www.oecd.org/tax/automatic-exchange/crs-implementation-and-assistance/tax-residency>)

If Yes Please complete the following table indicating:

- where the Account Holder is tax resident and
- The Account Holder's TIN (Tax Identification Number e.g. PAN) for each country/jurisdiction indicated.

في حالة الإجابة بنعم يرجى اكمال الجدول التالي الذي يوضح:

- المحل الذي يسدد فيه صاحب الحساب ضريبة الإقامة
- الرقم التعريفي الضريبي لصاحب الحساب موضحا كل دولة / ولاية قضائية.

If a TIN is unavailable please provide the appropriate reason **A, B or C** as indicated below:

في حالة عدم توفر الرقم التعريفي الضريبي يرجى توضيح السبب الملائم من أ، ب، أو ت فيما يلي:

**Reason A** The country/jurisdiction where the Account Holder is resident does not issue TINs to its residents

السبب أ الدولة / الولاية القضائية التي يقيم فيها صاحب الحساب لا تصدر رقم تعريف ضريبي للمقيمين فيها

**Reason B** The Account Holder is otherwise unable to obtain a TIN or equivalent number (Please explain)

السبب ب صاحب الحساب غير قادر على الحصول على الرقم التعريفي الضريبي أو ما يعادله (يرجى التوضيح).

**Reason C** No TIN is required.

السبب ج غير مطلوب رقم تعريف ضريبي

(Note. Only select this reason if the domestic law of the relevant jurisdiction does not require the collection of the TIN issued by such jurisdiction)

(ملحوظة: يتم اختيار هذا السبب فقط في حالة لم يستلزم القانون المحلي او التشريعات ذات الصلة الحصول على الرقم التعريفي الضريبي الصادر من الولاية القضائية ذات الصلة).

دولة / جهة الضريبة على الإقامة Country/Jurisdiction of Tax Residence	الرقم التعريفي الضريبي او ما يعادله TIN or Equivalent	في حالة عدم توفر رقم تعريف ضريبي يرجى اختيار السبب If no TIN available tick the Reason			يرجى توضيح أسباب عدم توفر رقم تعريف ضريبي في هذه الخانات في حالة اختيار السبب (ب)  Please explain in the following boxes why you are unable to obtain a TIN if you selected Reason B
		أ A	ب B	ج C	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



I hereby confirm that the information provided above is true, accurate and complete.

Subject to applicable local laws, I hereby consent for the LIC (International) BSC(C) or any of its affiliates (including branches) (collectively "the Company") to share my information with domestic or overseas regulators or tax authorities where necessary to establish our tax liability in any jurisdiction.

I agree and undertake to notify the Company within 30 calendar days if there is a change in any information which I have provided to the Company.

أقر بموجبه ان المعلومات المدرجة صحيحة ودقيقة وكاملة.

بالخضوع لأحكام القوانين المحلية السارية، أقر بموافقتي على ان تشارك شركة التأمين على الحياة (العالمية) ش.م.ب (مقفلة) أو أي من التابعين لها (بما في ذلك الافرع) (والمشار إليهم اجمالاً باصطلاح "الشركة") معلومات مع المنظمين أو سلطات الضرائب المحلية أو الخارجية عند الضرورة لتحديد التزاماتي الضريبية في أي ولاية قضائية.

وأقر واتحمل مسؤولية اخطار الشركة خلال ٣٠ يوم ميلادي في حالة حدوث تغيير في أي من المعلومات التي قدمتها للشركة.

Name الاسم	Signature التوقيع	Date التاريخ
NAME	SIGNATURE	

List of the documents attached with proposal form: (Please tick mark the appropriate box)

قائمة الوثائق المرفقة مع نموذج الطلب: (يرجى وضع علامة في المربع المناسب)

A. Proof of identity	إثبات الهوية	مقدم الطلب Proposer	المرشح Nominee	معيّن Appointee
1. Photocopy of CPR / Emirate ID / National ID Card (both sides)	نسخة من البطاقة السكانية / بطاقة الهوية الإماراتية/بطاقة الهوية الوطنية (كلا الجانبين)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Photocopy of Passport	نسخة من جواز السفر	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Others (please specify)	أخرى / يرجى التحديد	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

  

B. Proofs of Permanent Address and Present Residential Address (if it is different from that of permanent address)	إثباتات العنوان الدائم وعنوان السكن الحالي (يرجى تقديم دليل على العنوان الدائم وإذا كان مختلفاً عن العنوان الدائم)	مقدم الطلب Proposer	المرشح Nominee	معيّن Appointee
1. Photocopy of Passport with VISA & Permanent Address pages	نسخة من جواز السفر مع صفحات فيزا والعنوان الدائم	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Information printout of National ID Card	نسخة من البطاقة الذكية لبطاقة الهوية الوطنية	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Latest Electricity Bill or Telephone Bill / Bank Statement	أحدث فاتورة كهرباء أو فاتورة هاتف / كشف حساب بنكي	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Photocopy of Valid driving license (Bahrain only)	رخصة قيادة سارية - البحرين فقط	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Others (please specify)	أخرى / يرجى التحديد	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### C. Proof for Source of income /funds for payment of premium

مصدر الدخل المعلن / المقدم لدفع قسط التأمين

1. For salaried income: Copy of latest Salary Certificate/ Pay slip or Bank Account Statement etc.,	للراتب: كشف للحساب البنكي أو نسخة من أحدث شهادة راتب.	<input type="checkbox"/>
2. For self-employed/Business Person:	صاحب العمل:	<input type="checkbox"/>
a. Copy of Bank Statement for last 3/6 months	أ. نسخة من كشف الحساب البنكي لآخر ٦/٣ أشهر	<input type="checkbox"/>
b. Copies of Audited financial statement of accounts for last 3 years & CR or Trade License copy	ب. كشف الحساب المالي المدقق لآخر ٣ سنوات ونسخة من السجل التجاري أو الرخصة التجارية	<input type="checkbox"/>
3. Other Source / Income (please specify and provide documentary proof)	مصدر / مدخول آخر (الرجاء تحديد وتقديم وثائق الإثبات)	<input type="checkbox"/>

SIGNATURE

Signature of the Consultant /  
Authorised Official of Broker / Bank

SIGNATURE

Signature of the Proposer  
/ Life to be Assured



## الجزء د: التقرير السري للإستشاري (تقرير المخاطر الأخلاقية) Part D: Consultants' Confidential Report (Moral Hazard Report)

Name of Proposer/Life to be Assured: \_\_\_\_\_ اسم مقدم الطلب/المؤمن عليه

A	Plan and Term proposed الخطة والمدة	Sum Assured Proposed مبلغ التأمين	Mode of Payment طريقة الدفع
1.	How long have you known the Proposer/Life to be Assured?	منذ متى وأنت تعرف مقدم الطلب/المؤمن عليه؟	
2.	What is Educational Qualification of the Proposer/Life to be Assured?	ما هي المؤهلات الدراسية الحاصل عليها مقدم الطلب/المؤمن عليه؟	
3.	What is Residential and Citizenship Status of the Proposer/Life to be Assured?	ما هي جنسية مقدم الطلب/المؤمن عليه ووضعه من حيث الإقامة.	
4.	Are you related to the Proposer/Life to be Assured? If so how?	هل لك صلة قرابة مقدم الطلب/المؤمن عليه؟ إن كان كذلك، أذكر هذه الصلة.	
5.	Did you personally see the Proposer/Life to be Assured on the date of proposal?	هل قابلت مقدم الطلب شخصياً في تاريخ مقدم الطلب/المؤمن عليه؟	
6.	Proposer/Life to Assured total monthly income by way of following sources: إجمالي الدخل الشهري مقدم الطلب / المؤمن على حياته في ضوء المصادر التالية:		
	a. Employment	الوظيفة المعين بها	
	b. Business or profession	الأعمال الحرة والمهنة	
	c. Any other source	مصادر دخل أخرى	
	d. Total	الإجمالي	
7.	Are you personally satisfied with the financial standing of the Proposer / Life to be Assured?	هل أنت راض شخصياً عن الوضع المالي لمقدم الطلب/المؤمن عليه؟	
8.	Whether the insurance proposed is justified with the financial standing of the Proposer / Life to be Assured?	هل التأمين المطلوب يتناسب مع الوضع المالي لمقدم الطلب/المؤمن عليه؟	
9.	What is the source of funds being used for payment of premiums of this proposal? Please specify clearly.	ما مصدر الأموال المستخدمة لسداد أقساط هذا التأمين؟	
10.	What proof of income has been verified by you in respect of the income stated above?	ما هي وثيقة إثبات الدخل التي قمتم بالتحقق منها عن قيمة الدخل المذكورة أعلاه؟	
11.	Are you aware of any intention of the proposer to assign the policy within 12 months of taking the policy for any reason other than for security against personal loan from bank or financial institution?	هل تعلم أي شيء بشأن اعتزام مقدم الطلب التنازل عن هذه الوثيقة خلال 12 شهراً من تاريخها لأي سبب من الأسباب بخلاف استخدامها كضمان مقابل قرض شخصي من أي بنك أو مؤسسة مالية؟	
12.	Whether all KYC/AML norms are fulfilled for the Proposer / Life to be Assured?	هل تم الوفاء بجميع معايير أعرف عميلك/مكافحة غسيل الأموال لمقدم الطلب/المؤمن عليه؟	
13.	Whether the Country of Tax Residence declared? Yes/No	هل العميل غير مقيم؟ نعم / لا ، اذا كانت الاجابة نعم يرجى توضيح تفاصيل الضريبة لبلد الإقامة	
14.	Are you satisfied that the proposer is not connected with any terrorist activities?	هل أنت متأكد أن مقدم الطلب ليس له صلة بأية نشاطات أو أعمال إرهابية؟	
15.	What is the general state of health of the Proposer / Life to be Assured?	ما هي الحالة الصحية العامة لمقدم الطلب/المؤمن عليه؟	



16.	Does the Proposer/Life to be Assured have any deformity, impaired sight or hearing, amputation?	هل يعاني مقدم الطلب من أية عاهات أو ضعف بالنظر أو السمع أو بتر أي من أطرافه؟	
17.	Do you have knowledge of any proposal on his/her life deferred, declined, dropped or accepted at terms other than those proposed? If "yes" give details	هل لديك علم عن مقدم الطلب إذا ما تم تأجيل أو إلغاء أيًا من طلبات التأمين أو قبولها بشروط غير تلك المطلوبة؟	
18.	Do you have knowledge of any unfavorable information about the health, habits, character, financial/ social position, occupation, hospitalization of the Proposer / Life to be Assured? If "yes" give details	هل لديك أية معلومات سلبية تخص صحة مقدم الطلب أو عاداته أو شخصيته أو وضعه المالي/ الاجتماعي أو وظيفته أو تاريخ دخوله إلى المستشفيات؟ إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى ذكر التفاصيل.	
19.	Have you explained fully the terms and conditions of the plan to the Proposer/Life to be Assured?	هل أوضحت جميع شروط وأحكام هذه الخطة لمقدم الطلب؟	
20.	Do you recommend the acceptance of the proposal?	هل توصي بقبول مقدم الطلب؟	
21.	Kindly mention the height and weight of the Proposer / Life to be Assured	يرجى ذكر طول ووزن الشخص المعني مقدم الطلب / المؤمن على حياته	<div> سم Cms الطول Height: </div> <div> كجم Kgs الوزن Weight: </div>

أقر بموجب هذا أنه قد تم تعبئة بيانات هذا الطلب والتوقيع عليه من قبل مقدمه بعد إجراء ما لزم من مناقشات تتعلق بشروطه وأحكامه وتشريعات مكافحة غسيل الأموال وقواعد معرفة عميلك ومتطلبات قانون الامتثال الضريبي الأمريكي، وأقر بمعرفتي بشخصية العميل وأنه لا يشارك في أي نشاط يمكن اعتباره غير قانوني بموجب تشريعات مكافحة غسيل الأموال وأن الأموال التي أودعها لسداد أقساط هذا التأمين هي من عائدات معاملات قانونية ومشروعة وأن البيانات الواردة أعلاه صحيحة إلى حد علمي ومعرفتي وأنني قد تحققت شخصيًا من الحالة البدنية للشخص المؤمن عليه، وكذلك أقر بصحة جميع ما ورد أعلاه.

I hereby confirm that proposal form is filled and signed by the proposer/Life to Assured after discussions on relevant aspects concerning the proposal, anti-money laundering legislations, know your customer regulations (KYC) and FATCA regulations. I am satisfied with the client's identity and he is not engaged in any activity considered as illegal under anti-money laundering legislations and regulations and the funds deposited as proposal deposit towards the life insurance proposal are the proceeds of legal and legitimate transactions.

I hereby declare that the foregoing statements are true and correct to the best of my knowledge and belief. I have also personally verified the particulars and checked the physical measurements of the Life to be Assured mentioned in the personal statements and I confirm the same to be correct.

Date: \_\_\_\_\_ التاريخ

Place: \_\_\_\_\_ المكان

Member of: TOT/COT/MDRT/Other

No of years' experience سنوات الخبرة

SIGNATURE

توقيع الاستشاري  
المفوض الرسمي من البنك / سمسار / المدير المقيم  
Signature of the Consultant /  
Authorized official of Bank / Broker

توقيع المدير المقيم  
Signature of Resident Manager

يتعين المصادقة على التوقيع في حالة كانت أعمال بنكية  
Countersigning required in case of business from banks

### قائمة التحقق الخاصة بخدمة العملاء

لا No	نعم Yes	في حال الإجابة بنعم يرجى الإجابة على ما يلي If Yes, answer the following	لا No	نعم Yes
		هل العميل غير مقيم في دائرة صلاحية الفرع ؟ Is the Customer Non-Resident in Branch Jurisdiction ?		
		هل تم الإعلان عن دولة الإقامة الضريبية؟ Country of Tax Residence declared?		

\* If the answer is 'No', please contact the customer to provide the required information

في حال كانت الإجابة "لا"، يرجى التواصل مع العميل لتقديم المعلومات المطلوبة فيما يتعلق بنظام تسجيل العملاء.

	Name الاسم	Signature التوقيع	Date التاريخ
معد من قبل Processed by	NAME	SIGNATURE	
المكتب Underwriter	NAME	SIGNATURE	