



Annexure No. (1)

Insurance Application

Insurance Application						
Customer details	Name according to ID/Resident Card	First	Second	Third	Tribe/Last name	
	Nationality		Gender		Marital status	
	Civil number		Date of birth		Age	
	Employer's name					
	Position		Weight		Height	
	P.O. Box		Area		Postal code	
	Telephone number		Office telephone number		Mobile phone number	
Email						
Loan details	Beneficiary's name			Branch		
	P.O. Box		Area		Postal code	
	Loan amount		Loan term		Interest rate/	
	Loan type					



## Medical Declaration for the Applicant

1	Do you have any physical deformity/disability/congenital defects/anomalies since birth?	Yes	No
2	Have you been diagnosed with cancer, tumor, cyst, or any other development?	Yes	No
3	Have you been or your spouse tested for hepatitis B or C or HIV/AIDS?	Yes	No
4	Have you been diagnosed or treated during the past two years for:		
a	Uncontrolled diabetes or high cholesterol	Yes	No
b	Uncontrolled hypertension	Yes	No
c	Chronic disorders in eye, nose, ear	Yes	No
d	Chronic liver disorders	Yes	No
e	Brain disorders, psychological / mental disorders, Parkinson, Multiple scleroses, Nervous system ,clot, paralysis, epilepsy , stroke	Yes	No
f	Chronic diseases in the respiratory system	Yes	No
g	Sickle cell anemia, blood or related to blood disorders, chronic disorders in the muscular system or in the spine, advanced infections in the joints or limbs	Yes	No
h	Angina, chromic heart disease, myocardial infraction, irregular heartbeat, rheumatic heart disease	Yes	No
i	Chronic diseased related to kidney or urinary system	Yes	No
j	Chronic disorders related to the digestive system	Yes	No
k	Chronic disorders related to thyroid and endocrine glands	Yes	No
5	Have you undergone or advised to undergo heart surgery (or procedure) brain surgery, organ transplant or any major surgery or treatment	Yes	No

In case the answer is yes, please explain:

Medical report (if any):

**Declaration by the insured:**

- I declare that all statements, information and medical reports (if any) are correct. I bear liability for them and grant the insurer the right to reject any claim due to invalidity of such statements as per the terms and conditions stated in the policy.
- I declare that I have no intention to obtain additional benefit related to coverage of total permanent disability caused by previously existing chronic diseases. I am aware that in the event of sustaining total permanent disability due to previously existing chronic diseases, the insurer will have the right to reject any compensation as per the terms and conditions stated in the policy.

Signature:



## Benefits

Policy term		From:	To	
1		Coverage	Premium	Signature
1	Basic Benefits	Death for any cause		
		Total permanent disability caused by accident or disease at 75% or more.		
2	Additional Benefits the insurer must offer to the applicant and obtain evidence of refusal of such benefits	Total permanent disability caused by previously existing chronic diseases disclosed before issuance of the policy		
Total Premium:				
Policy fees:				
Government fees:				
Total amount:				

Signature of Insurer		Signature of insured		Date:	
----------------------	--	----------------------	--	-------	--

**Partial Permanent Disability:** Disability caused by injury or disease of one organ or more, before the insured reaching the age of (65) sixty five years, and causing partial permanent loss of ability to earn or use the disabled organ as per the medical report issued by the Competent Medical Committee specialized in the credit life contracts where the insured attach with the policy.



**Annexure No. (2)**

**Policy Schedule**

Policy Schedule					
Policy Number	ID card number				
Name of Insured					
Employer			Position		
Name of beneficiary			Loan amount		
Name of insurer					
Address		P.O. Box		Email	
Policy effective date		Expiry date		Mode of payment	
Insurance Premium					
Signature of insured		Signature of insurer		Date	

**في شأن جدول الوثيقة**

**ملحق رقم ( ٢ )**

<b>جدول الوثيقة</b>				
<b>رقم البطاقة الشخصية :</b>				<b>رقم الوثيقة :</b>
				<b>اسم المؤمن عليه :</b>
<b>الوظيفة :</b>				<b>جهة العمل :</b>
<b>مبلغ القرض :</b>				<b>اسم المستفيد :</b>
<b>الرمز البريدي :</b>		<b>صندوق البريد :</b>		<b>العنوان :</b>
<b>طريقة الدفع :</b>		<b>تاريخ الانتهاء :</b>		<b>تاريخ بدء سريان الوثيقة :</b>
<b>التاريخ :</b>		<b>توقيع المؤمن :</b>		<b>توقيع المؤمن عليه :</b>

## المنافع

التوقيع	قسط التأمين	التغطية	مدة سريان الوثيقة
		<b>الوفاة لأي سبب</b> <b>العجز الدائم الكلي الناتج</b> <b>عن حادث أو مرض</b> <b>بنسبة (٧٥٪) خمسة وسبعين</b> <b>في المائة وأكثر</b>	<b>المنافع الأساسية</b> <b>١</b>
		<b>العجز الدائم الكلي بسبب</b> <b>الأمراض المزمنة السابقة والمفصح</b> <b>عنها قبل صدور الوثيقة</b>	<b>المنافع الإضافية التي</b> <b>يجب على المؤمن عرضها</b> <b>على مقدم الطلب وأخذ</b> <b>ما يثبت رفضه لهذه المنافع</b> <b>٢</b>
		<b>إجمالي القسط</b> <b>التأميني:</b>	
		<b>رسوم الوثيقة:</b>	
		<b>الرسوم الحكومية:</b>	
		<b>إجمالي المبلغ:</b>	
	<b>التاريخ:</b>		<b>توقيع</b> <b>المؤمن عليه:</b>
			<b>توقيع المؤمن:</b>

- العجز الدائم الجزئي: العجز الذي تسببه الإصابة أو المرض لعضو أو أكثر وقبل بلوغ عمر المؤمن عليه (٦٥) خمسة وستين عاما، وينتج عنه فقدان جزئي مستديم للقدرة على الكسب أو على استخدام العضو المصاب، وذلك وفقا للتقرير الطبي الصادر من اللجنة الطبية المختصة في عقود التأمين على حياة المقتربين والذي قام المؤمن بإرفاقها من ضمن الوثيقة.

لا	نعم	ح - الذبحة الصدرية، أمراض القلب المزمنة، احتشاء عضلة القلب، عدم انتظام ضربات القلب، روماتيزم القلب.
لا	نعم	ط - أمراض مزمنة متعلقة بالكلى أو الجهاز البولي.
لا	نعم	ي - اضطرابات مزمنة متعلقة بالجهاز الهضمي.
لا	نعم	ك - اضطرابات مزمنة متعلقة بالغدة الدرقية أو الغدد الصماء.
لا	نعم	ه هل خضعت أو تمت نصيحتك بالخضوع لجراحة في القلب (أو إجراء) جراحة في الدماغ، زراعة أعضاء أو أي جراحة كبيرة أو علاج؟
في حال الإجابة بـ (نعم)، يرجى التوضيح:		
التقرير الطبي (إن وجد):		
اقرار مقدم الطلب:		
١ - أقر أن كافة البيانات والمعلومات والتقارير الطبية (إن وجدت) صحيحة مع تحملني كافة المسؤولية حيالها واعطاء المؤمن الحق في رفض أي مطالبة بسبب عدم صحة هذه البيانات حسب الشروط والأحكام الواردة في الوثيقة. التوقيع:		
٢ - أقر بعدم رغبتي في الحصول على المنفعة الإضافية المتعلقة بتغطية العجز الدائم الكلي والتي يكون سببها الأمراض المزمنة السابقة، وإنني على علم بأنه في حالة تعرضي لعجز كلي مستديم بسبب الأمراض المزمنة السابقة سيكون لدى المؤمن الحق في رفض التعويض وفق الشروط والأحكام الواردة في الوثيقة. التوقيع:		

## الإفصاح الطبي لتقديم الطلب

لا	نعم	<p><b>هل لديك أي تشوهات جسدية/ إعاقة/عيوب خلقية/اختلالات منذ الولادة؟</b></p>	١
لا	نعم	<p><b>هل تم تشخيصك بالسرطان، أو ورم، أو كيس، أو أي تطور آخر؟</b></p>	٢
لا	نعم	<p><b>هل تم فحشك أنت أو زوجك لارتفاع الكبد الوبائي بي أو ج، اتش آي في/الإيدز؟</b></p>	٣
		<p><b>هل تم تشخيصك أو تلقيت علاجاً خلال الستين الماضيتين من:</b></p>	٤
لا	نعم	<p><b>أ - مرض السكري غير المنضبط أو ارتفاع الكوليسترول.</b></p>	
لا	نعم	<p><b>ب - ضغط الدم غير المنضبط.</b></p>	
لا	نعم	<p><b>ج - اضطرابات مزمنة في العين، الأذن، الأنف.</b></p>	
لا	نعم	<p><b>د - اضطرابات مزمنة في الكبد.</b></p>	
لا	نعم	<p><b>ه - أعراض/اعتلال يتعلق بالدماغ، الذهن/اضطرابات نفسية، مرض باركنسون، التصلب المتعدد، الجهاز العصبي، جلطة، شلل أو صرع، سكتة دماغية.</b></p>	
لا	نعم	<p><b>و - أمراض مزمنة في الجهاز التنفسي.</b></p>	
لا	نعم	<p><b>ز - فقر الدم المنجلي، اضطرابات في الدم أو ذات صلة بالدم، اضطرابات مزمنة في الجهاز العضلي أو في العمود الفقري، التهابات متقدمة في المفاصل أو الأطراف.</b></p>	

في شأن طلب التأمين

ملحق رقم (١)

طلب التأمين						
القبيلة:	الثالث:	الثاني:	الأول:	الاسم حسب البطاقة الشخصية / بطاقة المقيم:	بيانات مقدمة للطلب	
الحالة الاجتماعية:			الجنس:			
العمر:			تاريخ الميلاد:			
						اسم صاحب العمل:
						الوظيفة:
الرمز البريدي:			المنطقة:			
رقم الهاتف النقال:			رقم المكتب:			
						البريد الإلكتروني:
الفرع:				اسم المستفيد:		
الرمز البريدي:			المنطقة:			
معدل الفائدة / الربح:			مدة القرض:			
					مبلغ القرض:	
					نوع القرض:	