

# PROPOSAL FORM

## INDIVIDUAL MEDICAL INSURANCE

Please complete this form using BLOCK CAPITALS and by ticking the relevant items. Kindly enclose Passport copies and photographs of the members to be insured. **PLEASE ENCLOSE RELEVANT MEDICAL REPORTS FROM TREATING DOCTOR WITH REGARD TO THE DECLARED AILMENTS.**

### 1. Applicant's Details 1. معلومات عن طالب التأمين

Name : ..... Date of Birth : dd ..... mm ..... yy .....  
 الاسم : ..... تاريخ الميلاد : يوم ..... شهر ..... سنة .....  
 Occupation : ..... Nationality : .....  
 المهنة : ..... الجنسية : .....

Gender  Male  Female  Height (cm)  Weight (kg)   
 الجنس  ذكر  أنثى (الطول (سم) (الوزن (كج)  
 Marital Status  Married  Single  Divorced  No. of Children  UAE Residents Only   
 الحالة الاجتماعية  متزوج  أعزب  منفصل/ مطلق عدد الأولاد فقط المقيمين داخل دولة الإمارات فقط

### 2. Dependents' Details. 2. تفاصيل الأشخاص المعالين

Name of Dependent	اسم الشخص المعال	Relationship to Applicant	Height (cm)	Weight (kg)	Date of Birth		
					Day	Month	Year

### 3. Address 3. العنوان

Company Name: ..... P.O. Box: ..... Emirate: ..... E-Mail: .....  
 اسم الشركة ..... ص . ب ..... الإمارة ..... البريد الإلكتروني .....  
 Phone : Work ..... Res.: ..... Fax: .....  
 الهاتف ..... المنزل ..... فاكس ..... العمل : رقم

### 4. (a) Geographical Coverage Required 4. (أ) المنطقة الجغرافية المطلوب تغطيتها

UAE only  UAE, GCC & Indian Sub-Continent  UAE, GCC & Indian Sub-Cont plus emergency treatment worldwide (ex. USA & Canada)  
 الإمارات فقط الإمارات، دول مجلس التعاون - الهند وشبه القارة الهندية الإمارات، دول مجلس التعاون + الحالات الطارئة في كل دول العالم ما عدا أمريكا و كندا  
 UAE, GCC & Indian Sub-Continent plus emergency treatment worldwide (including USA & Canada)  
 الإمارات، دول مجلس التعاون + الحالات الطارئة في كل دول العالم مع أمريكا و كندا

### (b) Network الشبكة

OIC Restricted Network  OIC Comprehensive Network

### 5. Medical History 5. التاريخ الطبي

- a) Have you or any person you wish to insure sought medical advice, received medical treatment or suffered from any medical condition (whether medical treatment or medical advice was given or not) other than for minor illness, during the last 24 months? If "Yes" complete details in 5 (c)  
 هل تلقيت أنت أو أي شخص آخر مدرج اسمه في هذا النموذج أية معالجة طبية أو عانى من أية حالة صحية (سواء تمت معالجتها أم لم تتم) خلال الأشهر الـ ٢٤ الأخيرة؟  
 Yes نعم  No لا (إذا كانت إجابتك بنعم الرجاء تعبئة القسم الخامس فقرة (ت))
- b) Have you or any person you wish to insure consulted with a specialist, been admitted to a hospital, nursing home or any other medical facility or been advised to have any medical examinations or investigations during the last five years? If "Yes" complete details in 5 (c)  
 هل تلقيت أنت أو أي شخص آخر مدرج اسمه في هذا النموذج أية استشارة طبية من مستشار أو أخصائي بخصوص الدخول إلى المستشفى أو بيت التمريض أو أي وسيلة طبية أخرى أو كنت منصوحاً بعمل فحوصات طبية خلال السنوات الخمس الأخيرة؟  
 Yes نعم  No لا (إذا كانت إجابتك بنعم الرجاء تعبئة القسم الخامس فقرة (ت))

Continued on next page

c) Have you or any person(s) you wish to insure ever suffered from any following. Please answer "Yes" or "NO" to all questions written below:

هل عانيت أنت أو أي شخص آخر مدرج اسمه في هذا النموذج من أي مرض مدرج في الجدول الأسفل. أجب بـ "نعم" أو "لا" على جميع الأسئلة اللاحقة. (ت)

No. لا	Yes نعم		
1.		القلب و الأوعية الدموية والضغط، أمراض الدوخة.	1. Heart ,Blood vessel, Hypertension and circulatory diseases
2.		أمراض تشوهات خلقية ووراثية	2. Congenital and hereditary diseases
3.		السرطان، أمراض الدم	3. Cancer, and blood diseases
4.		الأمراض العصبية، العقلية والنفسية	4. Neurological, mental and psychological disease
5.		أمراض الكلى و الحصوات الكلوية	5. Kidney and calculus disease
6.		أمراض الجهاز الهضمي	6. Digestive disorders
7.		أمراض الجهاز التنفسي	7. Respiratory system diseases
8.		أمراض الجلد وتوابعه	8. Skin and subcutaneous tissue diseases
9.		الإيدز	9. AIDS
10.		أمراض العظام و العضلات	10. Bone and muscle diseases
11.		أمراض الجهاز البولي و التناسلي	11. Genitourinary system disorders
12.		أمراض الجهاز الليمفاوي	12. Lymphatic system diseases
13.		هل الزوجة حامل	13. Your wife pregnant
14.		الغدد الصماء والمستقلبية مثل أمراض السكري	14. Endocrine and metabolic disorders like diabetes
15.		الروماتزم والمناعة	15. Rheumatoid and immunology
16.		العمليات والإجراءات الطبية السابقة	16. Pre-operative and operation
17.		الام الظهر	17. Back Pain
18.		أمراض الجهاز العصبي	18. Nervous system diseases
19.		أمراض العين والأذن	19. Eye and Ear diseases
20.		أي اعتلال، شكوى مرضية ، أمراض غير مذكورة أعلاه	20. Any sickness, medical complication, any condition not listed above

□ If answer is "Yes" to any of the above question, please give the full details below.

□ إذا كانت الإجابة (نعم) على إحدى الأسئلة السابقة اذكر التفاصيل في القسم الأدنى

#### Pre-existing Medical Conditions & Previous Operation

##### الأمراض المزمنة والعمليات السابقة

No. الرقم	Insured Name اسم المنتفع	Diseases Details تفاصيل المرض	Date of diagnosis/treatment/operation تاريخ تشخيص الأعراض / العلاج / العملية Please enclose relevant medical reports الرجاء إرفاق التقرير الطبية اللازمة	Name of the Hospital/ Attending Physician. الطبيب المعالج /اسم المستشفى
1.				
2.				
3.				
4.				

#### Current Medications

##### الأدوية التي تتناولها حالياً

No. الرقم	Insured Name اسم المنتفع	Medicine Name اسم الدواء	Daily Dosage الجرعة اليومية	Date from which medicines were started تاريخ بداية استعمال الدواء
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

d) Has any member of your family (parents, brothers or sisters) had heart disease, high blood pressure, diabetes, congenital disease or deformity, cancer, nervous or mental disorders, kidney disease, hemophilia and/or muscular dystrophy?

هل عانيت أنت أو أي شخص من عائلتك ( والدين، أخوة أو أخوات ) من الأمراض التالية (القلب، ضغط دم، مرض سكري، التشوهات أو الأمراض الخلقية، سرطان، أمراض عصبية/عقلية / نفسية، مرض كلوية ، الناعور (نقص العامل الثامن) ، الضمرات العضلية؟

Yes نعم  No لا

If you have answered YES, please give the following information:

إذا كانت إجابتك بنعم إرّجاء إعطاء المعلومات التالية

Name of person(s) .....

(اسم الشخص (الأشخاص)

Medical condition(s).....

تفاصيل الحالات الطبية

Continued on next page

## 6. Life Style

## 6. أسلوب الحياة

- a) Do you or any person(s) you wish to insure is a professional sportsman or engage in any hazardous sports or activities?  
هل أنت أو أي شخص من عائلتك رياضي محترف أو يشارك في أية رياضات أو نشاطات خطيرة؟  
 Yes نعم  No لا

If you have answered YES, please give details of your activities:

إذا أجبت بنعم أعط التفاصيل هنا

- b) Do you or any person(s) you wish to insure:

الرجاء تعبئة التالي سواء إن كان المؤمن له أو أي شخص تابع له؟ (ب)

Smoke مدخنين

Drink Alcohol يشرب الكحول

Stay abroad for more than 60 days during the year يجلس خارج الدولة أكثر من ٦٠ يوما

<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>	No
<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>	No
<input type="checkbox"/>	Yes	<input type="checkbox"/>	No

If you have answered YES, please give details of quantity and frequency:

إذا كانت إجابتك على إحدى الأسئلة السابقة بنعم الرجاء إعطاء التفاصيل التالية:

## 7. Insurance History

## 7. تفاصيل عن الحياة التأمينية

- a) Are you presently insured under any other health insurance coverage?  
هل لديك أنت أو أي شخص من المذكورين أسماؤهم في هذا النموذج أية تأمين صحي آخر؟  Yes  No
- b) Are you currently making or do you intend to make any life, accident, critical illness or health Insurance proposals to any other insurance company?  
حاليا أو تنوي في الوقت الحاضر أن يكون لديك أية تأمين على الحياة أو ضد الحوادث أو لمرض مزمن أو تأمين صحي مع أي شركة تأمين هل لديك؟  Yes  No
- c) Has any of your application for life, accident, critical illness or health insurance been declined, Postponed or accepted on special terms?  
هل يوجد لديك أي طلب للتأمين على الحياة أو ضد الحوادث أو التأمين صحي رفض من قبل أو قبل بشروط استثنائية؟  Yes  No
- d) Has a company terminated or refused to renew your contract of life, accident, critical illness or health insurance?  
هل هناك أية شركة رفضت أن تجدد تأمينك أو ألغت أية تأمين لك على الحياة أو ضد الحوادث أو لمرض مزمن أو تأمين صحي؟  Yes  No

If you have answered YES to any of the above questions, please give the following information:

إذا كانت إجابتك على إحدى الأسئلة السابقة بنعم الرجاء إعطاء التفاصيل التالية:

Name of the Company اسم الشركة	Insurance Type نوع التأمين	Coverage الغطاء	Sum Insured / Limit مبلغ التأمين / الحد الأقصى	Year السنة

## 8. Declaration

## 8. إقرار

- I hereby declare that to the best of my knowledge and belief the above particulars are true and complete and full information has been disclosed. I understand that non-disclosure or misrepresentation of any fact may lead to the refusal of any claim or the cancellation of any policy.

- أصرح هنا أنه بأحسن عملي واعتقادي بأن كل المعلومات التي صرحت بها أعلاه كلها حقيقة و كاملة ولم يتم إخفاء أية معلومة كما أقر بعملتي بأنه في حالة إعطاء أية معلومات خاطئة أو أية إخفاء أية حقائق فإن هذا سيؤدي إلى رفض أية مطالبة مقدمة من قبلي و حتى إلغاء البوليصة.

- I hereby authorize the giving of (a) medical information from my doctor and any doctor who has at any time attended me and (b) information from any life / health assurance office to which a proposal on my life has at any time been made.

- كما إنني أفوض هنا طبيبي الخاص أو أي طبيب آخر يقوم بفحصي، أو أي شركة تأمين صحي أو تأمين على الحياة بإعطاء المعلومات الطبية الخاصة بي.

- I hereby agree that this proposal and declaration or any written statement made by me in reference to the proposal shall be the basis of the contract between the Company and me.

- كما أنني أوافق أيضا بأن هذا الإقرار أو أي إقرار آخر محرر من قبلي له علاقة بموضوع الطلب سيكون هو الأساس في التعاقد بيني وشركتكم.

Applicant's Signature: \_\_\_\_\_  
التاريخ

Date: \_\_\_\_\_  
توقيع طالب التأمين