

Life Insurance Applicant

إستمارة التأمين على الحياة

Applicant Information

معلومات مقدم الطلب

First Name	الاسم الاول	Middle Name	الاسم الثاني	Last Name	اسم العائلة
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CPR Number	الرقم الشخصي	Phone Number	رقم الهاتف	Date of Birth	تاريخ الميلاد
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nationality	الجنسية	Gender (M/F)	الجنس	Blood Pressure	ضغط الدم
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Weight	الوزن	Height	الطول	Marital Status	الحالة الاجتماعية
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Occupation	الوظيفة	Number of children	عدد الاطفال	Income	الدخل
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Address				العنوان	
<input type="text"/>					
Email				البريد الإلكتروني	
<input type="text"/>					

General Questions

اسئلة عامة

1. Are you currently unable to work?

1. هل أنت عاجز عن العمل حالياً؟

Yes / نعم

No / لا

2. During the 5 past years, have you been unable to work for more than 30 consecutive days?

2. خلال السنوات الخمس الماضية، هل كنت عاجزاً أو تغيبت عن العمل لأكثر من 30 يوماً متتالية؟

Yes / نعم

No / لا

3. Have you ever been seriously injured?

3. هل سبق وأصبت بإصابات خطيرة؟

Yes / نعم

No / لا

انتم استثمرنا In Invested in You

General Questions

اسئلة عامة

4. Have you ever been treated for or are you under treatment for?

4. هل تلقيت العلاج او لازلت تحت العلاج لأي من الأمراض التالية:

High blood Pressure
ارتفاع ضغط الدم

Yes / نعم No / لا

High Cholesterol
ارتفاع الكوليسترول في الدم

Yes / نعم No / لا

Myocardial Infection
أمراض القلب مثل نوبة او جلطة قلبية

Yes / نعم No / لا

Diabetes
السكري

Yes / نعم No / لا

Respiratory Disease
أمراض الجهاز التنفسي

Yes / نعم No / لا

Renal disease
امراض الكلى

Yes / نعم No / لا

Cancer or tumor
السرطان او الأورام

Yes / نعم No / لا

Slipped disc,
الديسك أو الإنزلاق الغضروفي

Yes / نعم No / لا

Alimentary disorder, or ulcer
اضطراب في التغذية او القرحة

Yes / نعم No / لا

Nervous breakdown
الأ نهييار العصبي

Yes / نعم No / لا

Paralysis
الشلل

Yes / نعم No / لا

Coma
الغيبوبة

Yes / نعم No / لا

Immunodeficiency syndrome (AIDS)
نقص المناعة المكتسبة الإيدز

Yes / نعم No / لا

انتم استثمرنا In Invested in You

General Questions

أسئلة عامة

Any other serious illness or infirmity
أي مرض مزمن آخر أو العجز؟

Yes / نعم No / لا

5. Did you have a surgical operation, or have you
been advised to have a surgical operation?

5. هل أجريت عملية جراحية في السابق أو تم إرشادك
بإجراء عملية جراحية من قبل الطبيب المختص

Yes / نعم No / لا

6. Did you take or are you taking treatment or
medication for any disease or disorder?

6. هل سبق أن تلقيت أو لازلت تتلقى علاج دوائي لأي
مرض أو اضطراب؟

Yes / نعم No / لا

7. Do you intend to seek medical advice, treatment or
have any medical tests performed?

7. هل تنوي طلب المشورة الطبية للعلاج أو إجراء
أي فحوصات طبية؟

Yes / نعم No / لا

8. Have you tested positive for HIV/AIDS or
Hepatitis B or C, or have you been tested/treated
for other sexually transmitted disease or are you
awaiting the result of such a test? If yes, please
provide details.

8. هل تم تشخيص إصابتك بفيروس نقص المناعة
المكتسبة الإيدز، أو التهاب الكبد الوبائي أو هل تم فحصك/
علاجك من الأمراض الجنسية الأخرى أو تنتظر
نتيجة هذا الفحص؟ إذا كان الجواب نعم، يرجى ذكر
التفاصيل

Yes / نعم No / لا

9. Have you smoked any cigarettes within the past 12
months? If yes, state how many per day.

9. هل قمت بإستهلاك منتجات التبغ خلال الـ 12
شهر الماضية؟ إذا كان الجواب نعم، الرجاء ذكر مقدار
الإستهلاك ونوع التبغ خلال اليوم الواحد.

Yes / نعم No / لا

10. Do you have any defect of the vision or hearing? If
yes, state to what extent.

10. هل تعاني من أي مشاكل في الرؤية أو
السمع؟ إذا كان الجواب نعم، أذكر إلى أي مدى

Yes / نعم No / لا

انتم استثمارنا Invested in You

General Questions

اسئلة عامة

11. Do you drink alcohol? If yes, state type and amount daily / weekly.

11. هل تستهلك المشروبات الكحولية؟ إذا كان الجواب نعم، الرجاء ذكر نوع ومقدار الإستهلاك اليومي/الأسبوعي.

Yes / نعم

No / لا

12. Have any of your parents, brothers or sisters died or suffered from heart or circulatory disease, cancer, diabetes, kidney diseases or hereditary disorders before age 65? If yes, please specify which and at what age this occurred.

12. هل أصيب أو توفي أحد والديك أو إختوك أو أخواتك أمراض القلب، أمراض الكلى، الأمراض الوراثية أو قبل سن 65 عاماً؟ إذا كان الجواب نعم، يرجى تحديد المرض وفي أي سن حدث ذلك.

Yes / نعم

No / لا

13. Do you intend to engage in hazardous activity (e.g., scuba diving) or fly other than as a passenger on scheduled services?

13. هل تتوي المشاركة في أي نشاط خطير (مثل الغوص) أو الطيران لغير المسافرين عبر الرحلات التجارية المجدولة؟

Yes / نعم

No / لا

14. Has any application for insurance on your life (life, accident, health) been declined, postponed, or accepted on special terms?

14. هل سبق وتم رفض أو تأجيل أو قبول التأمين على حياتك بشروط خاصة (التأمين على الحياة، الحوادث، الصحة)؟

Yes / نعم

No / لا

15. If, the policy must be assigned, please give below the name and particulars of the assignee/beneficiary.

15. إذا كان لا بد من تحديد المنتفعين/المستفيدين من البوليصة، يرجى ذكر اسم المنتفع.

16. Please give the name and address of your usual doctor:

16. يرجى ذكر اسم وعنوان طبيبك المعتاد.

انتم استثمارنا Invested in You

Life Insurance Applicant

إستمارة التأمين على الحياة

Declaration

I HEREBY DECLARE THAT I AM IN GOOD HEALTH EXCEPT IF STATED OTHERWISE IN THE ABOVE STATEMENT

أقر بموجب هذا أنني أتمتع بصحة جيدة إلا إذا ذكر خلاف ذلك في البيان المذكور أعلاه.

IMPORTANT:

Before signing this declaration, please check that the answers given in this application are complete and correct. An omission or incorrect answer may invalidate the policy.

هام :
قبل التوقيع على هذه الإستمارة يرجى التحقق من أن جميع الإجابات الواردة فيها كاملة وصحيحة. أي إجابة غير صحيحة قد تؤدي إلى إبطال عقد التأمين.

I declare that this application and declaration together with the statements made by me are true and correct and that such statements together with any forms, statements, reports or other information completed or supplied by me shall form the basis of the contract. I declare that no material fact has been withheld, misstated or concealed by me.

أقر بأن إستمارة التأمين وجميع البيانات المذكورة أعلاه صحيحة وأن هذه البيانات بجميع أشكالها من تقارير أو معلومات أخرى مقدمة تشكل أساس العقد. وأقر بأنه لم يتم إخفاء أو حجب أو تحريف أي حقائق جوهرية.

I authorize any doctor, hospital, medical institution to disclose information related to my physical or mental health, including the results of any tests to the Insurance company and I agree that this authorization shall remain in force after my death

أخول أي طبيب أو مستشفى أو مؤسسة طبية بالكشف عن المعلومات المتعلقة بصحتي البدنية أو العقلية، بما في ذلك نتائج أي فحوصات لشركة التأمين، وأوافق على أن يبقى هذا التفويض سارياً بعد وفاتي

I consent to GIG-Bahrain processing my personal data for underwriting and underwriting administration purposes and I consent to Customer Privacy Policy. For more details, visit Customer Privacy Policy Online Form available on GIG-Bahrain Website

أوافق على معالجة GIG-Bahrain لبياناتي الشخصية لأغراض الإكتتاب و إدارة الإكتتاب. كما أوافق على سياسة خصوصية العملاء. كما يمكنك زيارة الموقع الإلكتروني لـ GIG-Bahrain لمزيد من التفاصيل عن سياسة خصوصية العملاء.

Signature

التوقيع

Signature

التوقيع

Date

التاريخ

Required Documents

المستندات المطلوبة

1. National Identity Card or Passport Copy.

1. نسخة من الهوية الوطنية او الجواز.

انتم استثمارنا Invested in You