

PROPOSAL FOR LIFE INSURANCE & KYC Declaration

عرض للتأمين على الحياة وتصريح اعرف عميلك

PARTICULARS OF THE LIFE TO BE INSURED

تفاصيل الحياة المطلوب التأمين عليها

For Office Use للاستخدام المكتبي	Proposal # رقم العرض	Agency Code رمز الوكالة	TL Code: رمز "تية إل"
1. Full Name of Life Assured 1. الاسم الكامل للمؤمن له على الحياة		(IN CAPITAL LETTERS) (با حروف كبيرة)	
2. Full Name of Applicant (if other than Life Assured) 2. الاسم الكامل لمقدم الطلب (إذا كان غير اسم المؤمن له حياته)		2 a. Relationship with Assured 2. الصلة مع المؤمن له	
3. Date & Place of Birth (DD-MM-YYYY) 3. تاريخ ومكان الولادة (يوم/شهر/سنة)		6. Dual Nationality US Citizen / Green Cardholder/Other	
4. Gender 4. الجنس		6. جنسية مزدوجة مواطن أمريكي/ حامل البطاقة الخضراء/غير ذلك.....	
5. Nationality 5. الجنسية		7. TIN Number 7. رقم التعريف الضريبي	
8. Are you considered as politically exposed Person (PEP) 8. هل تُعتبر شخصاً بارزاً سياسياً؟		9. Passport # 9. رقم جواز السفر	
10. Emirates ID # 10. رقم الهوية الإماراتية		11. Occupation 11. المهنة	
12. Nature of Duties / Business 12. طبيعة الواجبات/العمل		13. Annual Income 13. الدخل السنوي	
14. Type of Business 14. نوع العمل		a- Company <input type="checkbox"/> b- Partnership <input type="checkbox"/> أ- شركة ب- شراكة	
15. Bank Name & Address 15. اسم البنك وعنوانه		c- Sole Proprietorship <input type="checkbox"/> d- Employee <input type="checkbox"/> ت- شراكة فردية د- موظف	
17. Employer's Name / Office, Address & Contact #. 17. اسم الموظف/المكتب/ العنوان ورقم الاتصال		e- Other ر- غير ذلك.....	
19. Home Country Address & Phone #. 19. العنوان ورقم الهاتف في البلد الأم		16. Account No. & IBAN # 16. رقم الحساب والأيبان	
21. Email Address 21. عنوان البريد الإلكتروني		18. Resi. Address & Phone #. in UAE 18. عنوان الإقامة ورقم الهاتف في الإمارات العربية المتحدة	
23. Life Cover (Sum Assured) 23. الغطاء التأميني على الحياة (مبلغ التأمين)		20. Preferred Corresponding Address: 20. عنوان المراسلة المفضل: Office <input type="checkbox"/> مكتب Residence <input type="checkbox"/> إقامة	
24. Policy Term (5-15) 24. مدة الوثيقة (5-15)		22. Plan Name 22. اسم الخطة	
25. Modal Premium 25. قسط التأمين		23. Life Cover (Sum Assured) 23. الغطاء التأميني على الحياة (مبلغ التأمين)	
26. Payment Frequency (Mly/Qly/Hly/Yly) 26. تكرار السداد (يوم/شهر/سنة)		24. Policy Term (5-15) 24. مدة الوثيقة (5-15)	
27. Policy Start Date 27. تاريخ بداية الوثيقة		25. Modal Premium 25. قسط التأمين	
28. Purpose of Insurance 28. الغرض من التأمين		26. Payment Frequency (Mly/Qly/Hly/Yly) 26. تكرار السداد (يوم/شهر/سنة)	
29 i. Beneficiary Name 29. 1. اسم المستفيد		27. Policy Start Date 27. تاريخ بداية الوثيقة	
iii. Passport # /Emirates ID # 3. رقم جواز السفر / رقم الهوية الإماراتية		28. Purpose of Insurance 28. الغرض من التأمين	
v. Nationality 5. الجنسية		29 i. Beneficiary Name 29. 1. اسم المستفيد	
vii. TIN # 7. رقم التعريف الضريبي		ii. Relationship with Assured 2. الصلة مع المؤمن له	
ix. Share % 9. نسبة الأسهم		iii. Passport # /Emirates ID # 3. رقم جواز السفر / رقم الهوية الإماراتية	
		iv. Date of Birth 4. تاريخ الميلاد	
		vi. Dual Nationality (if any) 6. الجنسية المزدوجة (إن وجدت)	
		viii. Permanent Address 8. العنوان الدائم	
		x. Is the beneficiary a politically exposed person? 10. هل المستفيد شخصية بارزة سياسياً؟	

Personal Statement of Health

تصريح ببيان شخصي بالحالة الصحية

30. Do you or have you ever suffered from any chronic or long term medical condition such as diabetes, hypertension, elevated cholesterol, colitis, kidney disease or HIV / AIDS? 30. هل تعاني أو عانيت مسبقاً من أي حالة مزمنة أو طويلة المدى مثل مرض السكري أو ارتفاع ضغط الدم أو الكوليسترول المرتفع أو التهاب القولون أو أمراض الكلى أو فيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز؟	
31. Have you ever had a major medical condition such as any form of heart disease, stroke, cancer, hepatitis, or mental conditions? 31. هل عانيت سابقاً من حالة طبية خطيرة مثل أي نوع من أمراض القلب أو السكتة الدماغية أو السرطان أو الأمراض العقلية؟	
32. Have you been absent from work or taken leave for more than 10 days on health grounds over the last one-year? 32. هل تغيبت عن العمل أو حصلت على إجازة لأكثر من 10 أيام لأسباب صحية خلال العام الماضي؟	
33. Height in Cms. 33. الطول بالسنتيمترات	34. Weight in Kgs. 34. الوزن بالكيلو غرام

35. Life Insurance Policies and Proposals – (Existing, Proposed, Declined, Postponed and Rated-up). In case of more than 2 policies, please provide details in separate declaration:
 35. وثائق وعروض التأمين على الحياة- (موجودة- مقترحة- مرفوضة- مؤجلة- مصنفة). في حال وجود أكثر من وثيقتين 2، يرجى تقديم التفاصيل في تصريح منفصل

Type of Policy نوع الوثيقة	Policy Number رقم الوثيقة	Insurance Company / Bank شركة التأمين/ بنك	Period (From-To) الفترة (من- إلى)	Benefits المنافع	Sum Assured مبلغ التأمين	How Accepted. (Standard / Sub- standard) كيفية القبول (معياري/دون المستوى)

Declaration

The proposed insured represents to the best of his/her knowledge and belief that all the statements and answers given in this application are true, complete and correctly recorded and expressly agrees as follows. (1) This application or amendments shall be the basis for any policy issued on this application. (2) Except as otherwise provided in the conditional receipts, if required with the same number of this application, any policy issued on this application shall not take effect unless all of the following conditions are met: a) The full premium is paid b) all of the statements and answers given in this application continue to be true and complete as of the date of the delivery of the policy: (3) no information acquired by any representative of the company shall be binding upon the company unless set out in writing in this application. (4) no agent is authorized to accept risks or to make, modify, or discharge any contract of the insurance or waive any of the company's rights or requirements. (5) Acceptance of policy issued on this application shall constitute a ratification or any modification made by the company as recorded under Home Office endorsements, except that in those states where it is required by law, any change in amount, classification, plan of insurance, or benefits shall be subject to written ratification by the proposed insured or applicant. (6) The proposed insured accepts the consequences of any political risks associated with the de-pegging or revaluation of the UAE dirham vis-a-vis the US\$. The liability of the company shall commence only after the risk has been written and policy issued.

تصريح

يقرّ المؤمن عليه المقترح على حدّ علمه واعتقاده بأن جميع البيانات والإجابات الواردة في هذا الطلب صحيحة وكاملة ومسجلة بشكل صحيح ويوافق صراحة على ما يلي: (1) يكون هذا الطلب أو التعديلات أساس أي وثيقة صادرة بخصوص هذا الطلب. (2) باستثناء ما هو منصوص عليه خلاف ذلك في السندات الشرطية، إذا لزم الأمر مع نفس العدد في هذا الطلب، فإن أي وثيقة صادرة في هذا الطلب لن تصبح نافذة المفعول ما لم يتم استيفاء جميع الشروط التالية: (أ) يتم دفع القسط الكامل (ب) تظل جميع البيانات والإجابات الواردة في هذا التطبيق صحيحة وكاملة اعتباراً من تاريخ تسليم الوثيقة. (3) لا تكون المعلومات التي حصل عليها أي ممثل للشركة ملزمة للشركة ما لم تدون كتابة في هذا الطلب. (4) لا يسمح لأي وكيل بقبول تحمل المسؤولية أو إجراء أو تعديل أو أداء أي عقد من عقود التأمين أو التنازل عن أي من حقوق أو متطلبات الشركة. (5) يجب أن يشكل قبول الوثيقة الصادرة بشأن هذا الطلب تصديقاً أو أي تعديل يتم إجراؤه من قبل الشركة كما هو مسجل بموجب موافقات وزارة الداخلية، باستثناء أنه في تلك الدول التي يشترط فيها القانون، يجب أن يكون أي تغيير في المبلغ أو التصنيف أو خطة التأمين أو المزايا خاضعة للمصادقة الخطية من المؤمن عليه أو مقدم الطلب المقترح. (6) يقبل المؤمن له المقترح عواقب أي مخاطر سياسية مرتبطة بفك الارتباط أو إعادة تقييم الدرهم الإماراتي مقابل الدولار الأمريكي. لا تبدأ مسؤولية الشركة إلا بعد كتابة المخاطر وإصدار الوثيقة.

I confirm that the statements and answers shown above are complete and true to the best of my knowledge and belief.

أؤكد أن البيانات والإجابات الواردة أعلاه كاملة وصحيحة حسب علمي واعتقادي.

I am aware that the Insurance Company accepts the above declaration in good faith and that if this declaration is proved to be wrong or if any material information regarding my health has been withheld, the Company shall not be liable to pay any of the insured claim amount.

أدرك أن شركة التأمين تقبل التصريح أعلاه بحسن نية وأنه إذا ثبت أن هذا التصريح خاطئ أو إذا تم حجب أي معلومات جوهرية تتعلق بصحتي، فلا تكون الشركة مسؤولة عن دفع أي مبلغ مطالبة للمؤمن له.

I have no objection to the Company obtaining any Medical records from any hospitals regarding my medical history

ليس لدي أي مانع على حصول الشركة على أي سجلات طبية من أي مشفى بخصوص سجلتي الطبي.

Date _____ التاريخ:	Place _____ المكان	Signature of Life Proposed توقيع الشخص المقترح للتأمين على حياته	Signature of Applicant / Proposer (If different from Life Proposed) توقيع مقدم الطلب/المقترح (إذا كان غير المقترح للتأمين على حياته)
------------------------	-----------------------	---	---

36. TO BE COMPLETED BY FINANCIAL ADVISER / AGENT / BROKER
 25. يقوم المستشار المالي/الوكيل/الوسيط بتعبئته

1. I hereby certify that I have personally satisfied myself about the identity of the Proposer and I have no reason to doubt the correctness of the statements made in this Proposal. I am satisfied about the financial status and there are no reasons which warrant non-acceptance of this Proposal.
 1. أشهد بموجبه أنني مقتنع شخصياً بهوية مقدم العرض وليس لدي أي سبب للشك في صحة البيانات الواردة في هذا الاقتراح. أنا راضٍ عن الوضع المالي ولا توجد أسباب تبرر عدم قبول هذا الاقتراح.

2. I have verified original Age Proof as per detail: PASSPORT / I.D. No
 2. لقد تحققت من إثبات العمر الأصلي وفقاً للتفاصيل: رقم جواز السفر/البطاقة الشخصية

Date _____ التاريخ:	Agency Code _____ رمز الوكالة	Name of Agent/Broker _____ اسم الوكيل/الوسيط	Signature of Agent / Broker توقيع الوكيل/الوسيط	Signature of Team Leader توقيع قائد الفريق
------------------------	----------------------------------	---	--	---