

Application form

Part 1: Introduction

It is most important that you read this part before completing the application form.

Please provide all relevant information and documentation so that we can process your application as soon as possible. Further information may be required during the validation process (i.e. questions arising from the information provided).

Please complete this form in English, using block capitals. If you make a mistake, please cross it out and correct it, initializing any amendments. Please do not use correction fluid or any other method for deleting incorrect information.

If you require more space to write your answers, please attach an additional sheet to this application, and write on this form that you have done so.

1 Disclosure of all relevant information

- **Help us to assess your application by giving us all the information we ask for. All the questions we ask are relevant and important. In this application, you must disclose completely and truthfully all and any information, facts and circumstances of material significance of which you are aware. Information, facts or circumstances are material if they would influence the judgment of a prudent underwriter in determining the premium or determining whether or not to accept the risk. If any material information, fact or circumstance is not disclosed in this application or you misrepresent any material information, fact or circumstance, we may cancel the policy and all or part of any claim may not be paid. If you are in doubt as to whether or not any information is material it is advised to disclose it.**
- **If anything about your health or circumstances changes after you have completed this application, and before we start the cover applied for, you must let us know immediately.**

We need to know of any changes which would have resulted in different replies to questions asked either: on or resulting from the application form or other questionnaire; or by any doctor or nurse acting on our behalf.

To inform us of any such change, please telephone our Dubai office on +9714 436 2800.

Changes would include having, or expecting to have, doctor, hospital or clinic consultations, treatment as an in-patient or out-patient or a blood test for any reason. We also need to know immediately if you change your occupation, country

of residence or take up any hazardous sports or pastimes before cover starts.

- If we are advised of any changes we will confirm in writing whether or not any terms quoted will still apply.

2 Terms and conditions

- You should seek guidance from your usual Financial Adviser as to the suitability of the policy to your own particular circumstances.
- Once your application has been processed, you will receive a copy of our policy conditions, along with your personal policy schedule(s). Please ensure you read this document in full during the 'cooling off' period and that you retain any documents and/or correspondence received from us.

An electronic copy of the policy conditions can be requested from your financial adviser at any time prior to receiving the copy that is sent with your policy schedule(s).

- **Important: Please be aware that the policy conditions sent with your policy schedule(s) will be the ones that apply to your policies; therefore, these documents should be kept safe.**
- You are entitled to ask for a copy of your application form at any time.

3 Medical evidence

We will only pay for medical information which we have specifically requested.

4 Answering the application questions

- Please take reasonable care to ensure that the answers you provide throughout this application form are to the best of your knowledge and belief, true and that no fact has been withheld.
- Please understand and accept that failure to disclose a fact or giving of false information, may give us the right to cancel from inception any policy issued as a result of this application and may invalidate any future claim.
- Please also understand that you must tell Friends Provident International Limited, without delay, if your health or circumstances change before the risk date of the policy.

Details of Financial Adviser - to be completed by the Financial Adviser

Company name	<input type="text"/>										
Friends Provident International agency number	<table border="1"><tr><td>7</td><td>9</td><td>1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> e.g. 791 0000	7	9	1							
7	9	1									
Telephone	<input type="text"/>										
Fax	<input type="text"/>										

Contact details for acknowledgement/queries on the application.

Contact name	<input type="text"/>
Phone number	<input type="text"/>
Email address	<input type="text"/>
Plan number (if known)	<input type="text"/>

Please contact us to obtain a pre-allocated plan number if desired.

Part 2: Personal details of life/lives assured

The life/lives assured is/are the person(s) on whose life (lives) the policy will be written. Please complete in block capitals.

	First (or only) Life	Second Life
1 Title	Mr <input type="checkbox"/> Mrs <input type="checkbox"/> Miss <input type="checkbox"/> Ms <input type="checkbox"/> Other <input type="text"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/>	Mr <input type="checkbox"/> Mrs <input type="checkbox"/> Miss <input type="checkbox"/> Ms <input type="checkbox"/> Other <input type="text"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/>
2 Surname/Family name	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3 First name(s)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4 Current residential address (including street name, town and area code if known)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
5 Correspondence address (if different)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
6 Telephone number(s) (Please provide at least one telephone number for each life assured)	Work <input type="text"/> Home <input type="text"/> Mobile <input type="text"/>	Work <input type="text"/> Home <input type="text"/> Mobile <input type="text"/>
7 Email Address	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8 ID or passport number	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9 Permanent residency visa number (if applicable)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10 Date of birth	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
11 Marital status	<input type="text"/>	<input type="text"/>
12 Relationship or nature of interest between the two lives to be assured (if applicable)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
13a Do you have a regular doctor or medical practitioner?	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
If yes, provide full name and address of your regular doctor or medical practice/centre including fax number. Please note we might not contact your doctor. Even if we do, you must still disclose all facts when completing this application.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Telephone <input type="text"/> Fax <input type="text"/>	Telephone <input type="text"/> Fax <input type="text"/>
13b How long has your regular doctor known you?	<input type="text"/> years	<input type="text"/> years

Part 3: Occupation

	First (or only) Life	Second Life
1a What is your occupation? (If you have more than one occupation, please provide full details of each one)		
1b What is the name and address of your employer and the nature of your employer's business (e.g. Oil & natural gas, Construction, Financial Services etc)?		
1c Please give details if you work underground, underwater, at heights over 3 metres, offshore or any other hazardous aspects of your occupation	Full details to include percent of working time spent at heights and average and maximum heights worked at (if applicable.)	Full details to include percent of working time spent at heights and average and maximum heights worked at (if applicable.)

Start date

Should anything about your health or other circumstances change before we have started the policy you have applied for, you must tell us immediately. We will then confirm in writing whether any terms we have quoted will remain available. Failure to notify us of any such change may result in the policy becoming void and the benefits not becoming payable

We will start your policy immediately if your application is accepted on our normal terms, unless you state a date below on which you would like it to start or have instructed us otherwise.

If your application is not accepted on our normal terms, the policy will not start until we receive written notification of your acceptance of any revised terms we offer, and your instruction for the policy to start.

We also need to have received your first premium or a completed banker's standing order or credit card instruction.

Effective date

--	--	--	--	--	--

Failure to give accurate and complete answers may result in non payment of a claim

Part 4: Plan Details

Required currency USD (\$) GBP (£) EURO (€) AED **Please see the information in Part 14 before choosing your premium frequency and premium payment method.**

Premium payable Monthly Annually

Premium payment method Bank Standing order (BSO) Credit card (Not for AED policies) Cheque/post-dated cheque Bank transfer (Annual premiums only)

A – Life Cover – Level Sum Assured

First Life only

Sum assured Term (years)

Total and Permanent Disability Benefit (Tick if required)

Second Life only

Sum assured Term (years)

Total and Permanent Disability Benefit (Tick if required)

Joint Life

Sum assured Term (years)

Total and Permanent Disability Benefit (Tick if required)

First Life Second Life

B – Life or Earlier Critical Illness Cover – Level Sum Assured

First Life only

Sum assured Term (years)

Second Life only

Sum assured Term (years)

Joint Life

Sum assured Term (years)

C – (Stand-alone) Critical Illness Cover – Level Sum Assured

First Life only

Sum assured Term (years)

Second Life only

Sum assured Term (years)

Joint Life

Sum assured Term (years)

D – Life Cover – Decreasing Sum Assured

First Life only

Sum assured Term (years)

Interest rate 7% or 11%

Total and Permanent Disability Benefit (Tick if required)

Second Life only

Sum assured Term (years)

Interest rate 7% or 11%

Total and Permanent Disability Benefit (Tick if required)

Joint Life

Sum assured Term (years)

Interest rate 7% or 11%

Total and Permanent Disability Benefit (Tick if required)

First Life Second Life

E – Life or Earlier Critical Illness Cover – Decreasing Sum Assured

First Life only

Sum assured Term (years)

Interest rate 7% or 11%

Second Life only

Sum assured Term (years)

Interest rate 7% or 11%

Joint Life

Sum assured Term (years)

Interest rate 7% or 11%

Part 5: Residential and travel details

	First (or only) Life	Second Life
1 What are your nationalities? Please list all. If you intend to change your country of residence, please provide full details.		
2 Country of birth		
3 Town of birth		
4 What is your current country of residence?		
5 What is the legal basis of your stay in the current country of residence (eg permanent resident visa)?		
6a How long have you lived in your current country of residence?		
6b How long do you intend to stay in your current country of residence? If you intend to change your country of residence, please provide full details.		
7 In which countries have you lived and for how long?		
8a Has your occupation involved travel outside your current country of residence in the last two years? If Yes, please give details including specific countries visited, dates and duration of stay.	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Details (Include countries, dates and durations)	Details (Include countries, dates and durations)
8b Do you expect your occupation to involve travel outside your current country of residence in the future? If Yes, please give details including specific countries to be visited, dates and duration of stay.	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Details (Include countries, dates and durations)	Details (Include countries, dates and durations)

Part 6: Recreation details

To qualify as a 'non-smoker' you must not have used any form of tobacco or nicotine products within the last 12 months.

	First (or only) Life	Second Life
<p>1 Have you smoked or used any form of tobacco (for example cigarettes, cigars, pipe tobacco, shisha pipe) or nicotine product (for example nicotine patches, nicotine gum, e-cigarettes) in the last 12 months? If yes, what form and how much a day?</p> <p>If you have given up, when did you last use tobacco, what form and how much a day did you previously use?</p>	<p>Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>(Random tests may be carried out to verify non-smoker status)</p> <p>eg cigarettes, 20 per day</p>	<p>Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>eg cigarettes, 20 per day</p>
<p>2a Do you drink alcohol?</p> <p>If yes, how many units per week? (1 unit = a single measure of spirits or 1 glass of wine (125ml) or 1/2 pint (250ml) of beer).</p>	<p>Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>	<p>Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>
<p>2b Have you ever been advised by a doctor or any other medical practitioner to reduce or stop your alcohol consumption on medical grounds or have you ever taken part in counselling, therapy or a programme with the aim of reducing or stopping your alcohol consumption?</p>	<p>Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Details</p>	<p>Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Details</p>
<p>3 In the last 7 years have you taken any non-prescription drugs (for example LSD, ecstasy, cocaine, heroin, cannabis, anabolic steroids etc)?</p>	<p>Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Details</p>	<p>Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Details</p>
<p>4 Do you take part in any hazardous sport or pastime or do you intend to start? (Mountaineering, motor sport, sub-aqua diving and private flying are examples but you should include any activity that is hazardous. You do not need to include sports such as horse riding, skiing, football, rugby, hockey, cricket or racquet sports)</p>	<p>Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Details</p>	<p>Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Details</p>

Part 7: Financial details

Where requested please give us as much information as possible in order to avoid needing to go back to you for further clarification.

For higher sums assured we may require further evidence. Where possible we have asked for this to be attached to the application form so we can underwrite this as soon as possible. To determine financial underwriting requirements the following currency conversions will be used:

US Dollars	British pounds	euros	UAE dirhams
500,000	285,000	421,800	1,840,000
1,000,000	565,000	836,000	3,680,000
2,000,000	1,125,000	1,665,000	7,360,000
5,000,000	2,850,000	4,218,000	18,400,000

You are reminded that your answers in this section form part of your application and failure to give accurate and complete answers may result in non-payment of a claim.

First (or only) Life

Second Life

1 Annual earned income

Currency (eg. USD)

Currency (eg. USD)

Amount

Amount

2a **First (or only) life**

Do you have any existing life, disability, or critical illness insurance on your life?
(If yes, please give details below)

Yes No

Type of cover (eg Life, critical illness, etc)	Country of insurance	Name of insurer	Sum assured (including currency)	Start date and term	Reason for policy

Second Life

Do you have any existing life, disability, or critical illness insurance on your life?
(If yes, please give details below)

Yes No

Type of cover (eg Life, critical illness, etc)	Country of insurance	Name of insurer	Sum assured (including currency)	Start date and term	Reason for policy

2b Are any of these policies to be cancelled once this application is in force?

Yes No

Yes No

Company and policy reference

Company and policy reference

Financial details (continued)

2c If total amount of cover in existence, plus this application, is greater than either US\$2M of life assurance or US\$500,000 of critical illness insurance, or equivalent, please attach evidence of earned income for the main earner.

Please tick if attached
 (eg latest tax statement, statement from employer, last 3 months' payslips)

	First (or only) Life	Second Life								
3 Apart from the plans mentioned in Part 7, 2a, have you applied to any other company for life, disability or critical illness insurance in the last 12 months or are you about to?	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>								
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="padding: 2px;">Company</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Date</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Details including sums assured and reason for policies</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Is only one application to proceed?</td></tr> </table>	Company	Date	Details including sums assured and reason for policies	Is only one application to proceed?	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="padding: 2px;">Company</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Date</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Details including sums assured and reason for policies</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Is only one application to proceed?</td></tr> </table>	Company	Date	Details including sums assured and reason for policies	Is only one application to proceed?
Company										
Date										
Details including sums assured and reason for policies										
Is only one application to proceed?										
Company										
Date										
Details including sums assured and reason for policies										
Is only one application to proceed?										

4 Have you ever applied for life assurance, insurance against 'critical illness' or income protection / disability insurance and been turned down or asked to pay a higher premium or have other special terms been imposed?	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>						
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="padding: 2px;">Company</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Full details including reason for adverse decision, company and sum assured</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Date</td></tr> </table>	Company	Full details including reason for adverse decision, company and sum assured	Date	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="padding: 2px;">Company</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Full details including reason for adverse decision, company and sum assured</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Date</td></tr> </table>	Company	Full details including reason for adverse decision, company and sum assured	Date
Company								
Full details including reason for adverse decision, company and sum assured								
Date								
Company								
Full details including reason for adverse decision, company and sum assured								
Date								

Financial details (continued)

5 Please complete one section from **either** personal cover (a) **or** business protection (b)

a) Personal Cover

Complete each appropriate section

Personal protection (ie family cover)

Please tell us the relationship and ages of any dependents

First (or only) Life

Second Life

Please contact your Friends Provident International Limited Middle East branch to discuss requirements for sums assured greater than US\$4M.

Personal loan protection (including mortgage)

What is the reason for the loan?
If it is for a mortgage, please tell us whether it is for your own main residence or investment.

Name of lender

Amount and duration of loan

Is the loan conditional on issue of this policy?

Yes No

If the sum assured is above US\$1M for life assurance or US\$500,000 for critical illness insurance, or equivalent, please attach a copy of the loan offer letter or evidence of the debt.

Please tick if attached

b) Business Protection

This includes keyman protection, partnership or shareholder protection or a loan taken out on behalf of a business.

What is the reason for the cover and how was this sum assured derived?

If the sum assured is above US\$1M for life assurance or US\$500,000 for critical illness insurance, or equivalent, please complete our Business Financial Underwriting Questionnaire and attach to this application.

Please tick if attached

Part 8: Family history

First (or only) Life

Before the age of **60**, have any of your natural parents, brothers or sisters had, or died from, heart disease, stroke, diabetes, cancer, Huntington's disease, polycystic kidney disease, polyposis of the colon, multiple sclerosis, Alzheimer's disease, Parkinson's disease, motor neurone disease, muscular dystrophy or any hereditary disorder not already listed above?

Yes No

If Yes, please complete the relevant section(s) below with details of any of the conditions listed above. Please state the **age at onset of the medical condition** and in the case of cancer, which part of the body was **first affected**.

Relationship to you of person affected	Medical condition	Age at onset of condition

Second Life

Before the age of **60**, have any of your natural parents, brothers or sisters had, or died from, heart disease, stroke, diabetes, cancer, Huntington's disease, polycystic kidney disease, polyposis of the colon, multiple sclerosis, Alzheimer's disease, Parkinson's disease, motor neurone disease, muscular dystrophy or any hereditary disorder not already listed above?

Yes No

If Yes, please complete the relevant section(s) below with details of any of the conditions listed above. Please state the **age at onset of the medical condition** and in the case of cancer, which part of the body was **first affected**.

Relationship to you of person affected	Medical condition	Age at onset of condition

Part 9: Health questions – First (or only) Life

All the questions we ask are relevant and important. You must answer them accurately and completely to the best of your knowledge. If you do not, we may have the legal right to cancel any policy issued as a result of your application and to not pay any claim.

If the answer to any question is 'Yes' please give full details disclosing all facts as they can influence the assessment and acceptance of the application.

- 1a What is your height? cm 1c Apart from intentional weight loss (eg diet) or pregnancy, have you lost more than 6 kilograms in the last six months? Yes No
- 1b What is your weight? kg

2 Do you currently have or have you ever had any of the following:

- a Cancer, leukaemia, Hodgkin's disease, lymphoma or a brain or spinal tumour? Yes No
- b Heart disease, angina, a heart attack, heart abnormality or defect, heart valve disorder or an irregular heart beat? Yes No
- c A stroke, mini stroke, transient ischaemic attack (TIA) or a brain or subarachnoid haemorrhage? Yes No
- d Multiple sclerosis, Parkinson's disease, Alzheimer's disease, paralysis or paraplegia? Yes No
- e Visual disturbance, blurred or double vision, optic or retrobulbar neuritis? Yes No
- f Tingling, pins and needles, numbness, a tremor or any loss of feeling, balance or coordination, for which you consulted a doctor or hospital? Yes No
- g Have you ever tested positive for HIV, Hepatitis B or C or are you awaiting the results of such a test? (If the result was negative, the fact of having an HIV test will not in itself have any effect on your acceptance terms for insurance) Yes No

Question Reference	Please list in this box the disorder(s), date of disorder(s) and duration, treatment, result of investigations, time off work and when. Continue in the box at the end of this section if necessary	Name, address, tel/fax of doctor or clinic/hospital attended.

Health questions – First (or only) life (continued)

3 In the last 5 years have you had any of the following:

- a Any lump that has appeared or grown in size, or a mole or freckle that has bled, caused pain or changed in appearance? Yes No
- b Raised blood pressure or raised cholesterol for which treatment, further readings or a change in diet were advised? Yes No
- c Asthma, bronchitis, tuberculosis, coughing with blood or any chest, lung or breathing disorder? Yes No
- d Recurrent headache for which you have consulted a doctor or any epilepsy, seizure, fit or blackout? Yes No
- e Any impairment of vision or hearing or any disorder of the eyes or ears? (You may ignore sight problems corrected by glasses or contact lenses but you must tell us about all hearing problems, even if corrected by hearing aid(s)) Yes No
- f Back pain, neck pain, sciatica, joint pain, arthritis, repetitive strain injury or any other disorder of the muscles, bones or limbs for which you have consulted a doctor, hospital, physiotherapist, osteopath, chiropractor or any other type of medical practitioner or for which you have taken time off work? Yes No
- g Any form of liver disorder including jaundice, hepatitis or cirrhosis? Yes No
- h Diabetes, Crohn's disease or colitis? Yes No
- i Any disorder of the kidneys? Yes No
- j Treatment or a positive test for any disease which was transmitted sexually? Yes No
- k (i) Any mental illness or eating disorder or have you attempted self-harm or taken an overdose? Yes No
- (ii) Any other feeling of depression, anxiety, stress or fatigue that you have reported to a doctor, hospital, nurse, psychologist or psychiatrist or any other type of medical practitioner? Yes No
- l Within the last 5 years have you been exposed to the risk of HIV infection? (HIV can be caught through unsafe sex, intravenous drug abuse, or blood transfusions or surgery undertaken outside the European Union) Yes No

Question Reference	Please list in this box the disorder(s), date of disorder(s) and duration, treatment, result of investigations, time off work and when. Continue in the box at the end of this section if necessary	Name, address, tel/fax of doctor or clinic/hospital attended.

Health questions – First (or only) life (continued)

4 In the last 2 years, other than for those conditions you have already mentioned:

- a** Have you had any medical consultation (for example with a doctor, consultant, psychiatrist, clinic, physiotherapist or any other type of medical practitioner) or attendance at a hospital as an inpatient or outpatient? Yes No
- b** Have you had, or been advised to have, any medical investigation, x-ray, scan or test? Yes No
 (For this question, you do not need to give details of occasional consultations with your regular doctor for colds, flu, or consultations for oral contraceptive pills, smear tests, well man/woman check-ups where the results are known and were normal)

Question Reference	Please list in this box the disorder(s), date of disorder(s) and duration, treatment, result of investigations, time off work and when. Continue in the box at the end of this section if necessary	Name, address, tel/fax of doctor or clinic/hospital attended.

- 5 In the last 12 months** have you been prescribed any drug, medicine or tablet, or have you had any other form of medical treatment (for example physiotherapy, psychotherapy)? Yes No
- 6 In the last 6 months** have you had any medical symptom, change in your physical or mental health or change in your physical or mental ability for which you have not consulted a doctor, hospital or medical practitioner? Yes No
 (For this question, you do not need to give details of colds and flu which have lasted less than 2 weeks in total)
- 7 In the next 12 months** are you due 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? Yes No
- 8 Other than the information you have already provided,** have you ever had an illness or medical condition that has lasted more than 3 months and which affected your ability to study or perform normal daily activities or for which you took more than 2 weeks off work? Yes No

Question Reference	Please list in this box the disorder(s), date of disorder(s) and duration, treatment, result of investigations, time off work and when. Continue in the box at the end of this section if necessary	Name, address, tel/fax of doctor or clinic/hospital attended.

Health questions – First (or only) life (continued)

Additional information

Part 9: Health questions – Second Life

All the questions we ask are relevant and important. You must answer them accurately and completely to the best of your knowledge. If you do not, we may have the legal right to cancel any policy issued as a result of your application and to not pay any claim.

If the answer to any question is 'Yes' please give full details disclosing all facts as they can influence the assessment and acceptance of the application.

- 1a What is your height? cm 1c Apart from intentional weight loss (eg diet) or pregnancy, have you lost more than 6 kilograms in the last six months? Yes No
- 1b What is your weight? kg

2 Do you currently have or have you ever had any of the following:

- a Cancer, leukaemia, Hodgkin's disease, lymphoma or a brain or spinal tumour? Yes No
- b Heart disease, angina, a heart attack, heart abnormality or defect, heart valve disorder or an irregular heart beat? Yes No
- c A stroke, mini stroke, transient ischaemic attack (TIA) or a brain or subarachnoid haemorrhage? Yes No
- d Multiple sclerosis, Parkinson's disease, Alzheimer's disease, paralysis or paraplegia? Yes No
- e Visual disturbance, blurred or double vision, optic or retrobulbar neuritis? Yes No
- f Tingling, pins and needles, numbness, a tremor or any loss of feeling, balance or coordination, for which you consulted a doctor or hospital? Yes No
- g Have you ever tested positive for HIV, Hepatitis B or C or are you awaiting the results of such a test? (If the result was negative, the fact of having an HIV test will not in itself have any effect on your acceptance terms for insurance) Yes No

Question Reference	Please list in this box the disorder(s), date of disorder(s) and duration, treatment, result of investigations, time off work and when. Continue in the box at the end of this section if necessary	Name, address, tel/fax of doctor or clinic/hospital attended.

Health questions – Second life (continued)

3 In the last 5 years have you had any of the following:

- a Any lump that has appeared or grown in size, or a mole or freckle that has bled, caused pain or changed in appearance? Yes No
- b Raised blood pressure or raised cholesterol for which treatment, further readings or a change in diet were advised? Yes No
- c Asthma, bronchitis, tuberculosis, coughing with blood or any chest, lung or breathing disorder? Yes No
- d Recurrent headache for which you have consulted a doctor or any epilepsy, seizure, fit or blackout? Yes No
- e Any impairment of vision or hearing or any disorder of the eyes or ears? (You may ignore sight problems corrected by glasses or contact lenses but you must tell us about all hearing problems, even if corrected by hearing aid(s)) Yes No
- f Back pain, neck pain, sciatica, joint pain, arthritis, repetitive strain injury or any other disorder of the muscles, bones or limbs for which you have consulted a doctor, hospital, physiotherapist, osteopath, chiropractor or any other type of medical practitioner or for which you have taken time off work? Yes No
- g Any form of liver disorder including jaundice, hepatitis or cirrhosis? Yes No
- h Diabetes, Crohn's disease or colitis? Yes No
- i Any disorder of the kidneys? Yes No
- j Treatment or a positive test for any disease which was transmitted sexually? Yes No
- k (i) Any mental illness or eating disorder or have you attempted self-harm or taken an overdose? Yes No
- (ii) Any other feeling of depression, anxiety, stress or fatigue that you have reported to a doctor, hospital, nurse, psychologist or psychiatrist or any other type of medical practitioner? Yes No
- l Within the last 5 years have you been exposed to the risk of HIV infection? (HIV can be caught through unsafe sex, intravenous drug abuse, or blood transfusions or surgery undertaken outside the European Union) Yes No

Question Reference	Please list in this box the disorder(s), date of disorder(s) and duration, treatment, result of investigations, time off work and when. Continue in the box at the end of this section if necessary	Name, address, tel/fax of doctor or clinic/hospital attended.

Health questions – Second life (continued)

4 In the last 2 years, other than for those conditions you have already mentioned:

- a** Have you had any medical consultation (for example with a doctor, consultant, psychiatrist, clinic, physiotherapist or any other type of medical practitioner) or attendance at a hospital as an inpatient or outpatient? Yes No
- b** Have you had, or been advised to have, any medical investigation, x-ray, scan or test? Yes No
 (For this question, you do not need to give details of occasional consultations with your regular doctor for colds, flu, or consultations for oral contraceptive pills, smear tests, well man/woman check-ups where the results are known and were normal)

Question Reference	Please list in this box the disorder(s), date of disorder(s) and duration, treatment, result of investigations, time off work and when. Continue in the box at the end of this section if necessary	Name, address, tel/fax of doctor or clinic/hospital attended.

- 5 In the last 12 months** have you been prescribed any drug, medicine or tablet, or have you had any other form of medical treatment (for example physiotherapy, psychotherapy)? Yes No
- 6 In the last 6 months** have you had any medical symptom, change in your physical or mental health or change in your physical or mental ability for which you have not consulted a doctor, hospital or medical practitioner? Yes No
 (For this question, you do not need to give details of colds and flu which have lasted less than 2 weeks in total)
- 7 In the next 12 months** are you due 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? Yes No
- 8 Other than the information you have already provided,** have you ever had an illness or medical condition that has lasted more than 3 months and which affected your ability to study or perform normal daily activities or for which you took more than 2 weeks off work? Yes No

Question Reference	Please list in this box the disorder(s), date of disorder(s) and duration, treatment, result of investigations, time off work and when. Continue in the box at the end of this section if necessary	Name, address, tel/fax of doctor or clinic/hospital attended.

Health questions – Second life (continued)

Additional information

Part 10a: Applicant(s) details

The Applicant(s) is/are the person(s) who are to be the owner(s) of the policy

Is/are the applicant(s):

- the first (or only) life assured? the second life assured?
 both lives assured? neither life/lives assured? If neither, please complete Part 10b in full.

Part 10b: To be completed when applicant(s) are not life/lives assured.

	First (or only) life	Second life
1 Title	Mr <input type="checkbox"/> Mrs <input type="checkbox"/> Miss <input type="checkbox"/> Ms <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/>	Mr <input type="checkbox"/> Mrs <input type="checkbox"/> Miss <input type="checkbox"/> Ms <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/>
2 Surname/Family name	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3 First name(s)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4 Company/trust name	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5 Current address (including street name, town and area code if known)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
6 Telephone number(s)	Work <input type="text"/> Home <input type="text"/>	Work <input type="text"/> Home <input type="text"/>
7 Email Address	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8 ID or passport number	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9 Date of birth (ddmmyyy)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
10 Marital status	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11 Nationality	<input type="text"/>	<input type="text"/>
12 Town of birth	<input type="text"/>	<input type="text"/>
13 Country of birth	<input type="text"/>	<input type="text"/>
14 Country of permanent residence (if different to above)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
15 Relationship or nature of interest in the person(s) named in Part 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Part 11: Access to existing medical reports

Please note we might not contact your doctor. Even if we do, you must still disclose all the facts when completing this application form.

We may need to get medical reports to support your application. Before we can ask any doctor that you have consulted to fill in a report, we need your permission.

You do not need to give your permission, but if you do not, we may not be able to go ahead with your application. This does not prevent you from applying to other companies for insurance.

We ask your doctor not to reveal information about:

- Negative tests for HIV, hepatitis B or C; or
- Any sexually-transmitted diseases unless there could be long-term effects on your health.

The information you and your doctor provide about your health may result in us:

- Refusing to provide insurance;
- Increasing premiums above standard rates;
- Applying an exclusion to the cover; or
- Setting premiums at standard rates.

If you have any questions relating to the process of getting, assessing or storing medical information, please write to:

The Chief Medical Officer, c/o Friends Provident International Limited, Emaar Square, Building 6, Floor 5, PO Box 215113, Dubai, United Arab Emirates.

Part 12: Declaration

This Declaration must be signed by all persons involved in this application.

- 1 • This application is my official request to enter into a contract with Friends Provident International Limited providing the foregoing policy. I understand and accept that the contract will be on Friends Provident International Limited's normal terms and conditions.
 - I understand and accept that Friends Provident International Limited is subject to the supervisory arrangements and laws of the United Arab Emirates and the Isle of Man.
 - I understand and accept that International Protector Middle East is governed by the laws of the United Arab Emirates and all disputes relating to a policy shall be subject to the jurisdiction of the courts of the United Arab Emirates, except as otherwise expressly agreed by the parties in writing.
 - I understand and accept that this application can only be accepted by employees of Friends Provident International Limited and that no other parties have the necessary authority to create a binding contract.
- 2 • I/We acknowledge that in the event of any premium tax or withholding tax being levied in my/our country of residence it will be my/our responsibility to increase the regular premium by an amount equal to the liability or to settle the liability directly with the relevant tax authorities.
- 3 • Where I am a life assured but not an applicant, I consent for this application to proceed on my life.
- 4 • I understand and accept Friends Provident International Limited may require sight of my medical records to consider a claim.
 - I authorise any doctor, physician, practitioner, hospital, clinic, insurance or reinsurance company, employer, other individual organisation or government office that has any records or knowledge of me or my health to disclose to Friends Provident International Limited any information for the purpose of considering a claim. This authorisation shall irrevocably bind my successors and assigns and remain valid, notwithstanding my death or incapacity, and a copy of this authorisation shall be as effective and valid as the original.
- 5 • I understand that information given to Friends Provident International Limited in connection with this application may be used by Friends Provident International Limited in its consideration of any claim in future and may be shared with a third party eg medical examiner, to help in the assessment of a claim.
 - I understand that you will pass the information about any claim concerning critical or disability illness insurance to the Association of British Insurers (ABI) so that they can make it available to other insurers. I also understand that, in response to any searches you make in connection with this claim, the ABI may pass you information it has received from other insurers.
- 6 • I understand and accept that the terms and conditions and a copy of this completed application are available on request and that I should retain any documents or correspondence received from Friends Provident International Limited in relation to my policy.
 - I understand and accept that where I am applying on the advice of a Financial Adviser, that Financial Adviser is acting on my behalf and not as an agent of Friends Provident International Limited.
- 7 • **I have read Part 1 – Introduction and my answers to the questions in this application and declare that, to the best of my knowledge and belief, all the information I have given is true and that no fact has been withheld. I understand I must ensure that all facts I disclosed to my Financial Adviser in answer to the questions in this application are accurately recorded in this application. I understand and accept that failure to disclose a fact or the giving of false information may give Friends Provident International Limited the right to cancel from inception any policy issued as a result of this application and may invalidate any future claim.**
 - **I understand that I must tell Friends Provident International Limited without delay if my health or circumstances change before Friends Provident International Limited assumes risk for the policy applied for.**
- 8 • I accept that if I am required to have a medical examination, the replies to the medical examiner's questions will form part of this application.
 - I understand and agree Friends Provident International Limited will use the information I give (as well as information about me relating to any existing policy I may have with Friends Provident International Limited) for administration, underwriting, claims, research and statistical purposes. I authorise Friends Provident International Limited to pass information including medical information to medical examiners and practitioners, underwriters, claims investigation companies, life insurance or reinsurance companies, data processors and to any company or agency appointed for these purposes. (These companies or agencies may be located in countries that do not have laws to protect your information. Friends Provident International Limited will remain responsible for making sure that the information is held securely.)
 - I also agree Friends Provident International Limited may pass the information to third parties for the prevention of crime or detection of fraud, enabling assets to be rightfully claimed or where required by law or regulation.
- 9 • **I agree to you asking any doctor I have consulted about my physical or mental health to provide medical information so you may assess this application.** You may gather relevant information from other insurers about any other applications for life, critical illness, sickness, disability, accident or private medical insurance on my life that I have applied for. I authorise those asked to provide medical and policy information when they see a copy of this consent form.
- 10 • You will be able to cancel your plan up to 30 days from the day you receive the cancellation notice. You will receive a refund of the premium paid. A cancellation notice that provides you with more detail, including when the cancellation period begins and ends and how to exercise it will be issued by post to you when the policy documents are produced.
- 11 • I confirm that the information included in this application form has been entered by myself or with my knowledge and that the signature placed on the application is my signature.

Declaration (continued)

Please ensure you have read and understood the declaration in Part 12. By signing below, you are confirming that you have read and understood the information contained.

	First (or only) Life Assured (who will also be the applicant if Part 10b not completed)	Second Life Assured (who will also be the applicant if Part 10b not completed)
Signature	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name (block capitals)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Date	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

* Application must be received by Friends Provident International Limited within six weeks of the date of signing

Only complete the following if Part 10 is completed

	First applicant (if applicable)	Second applicant (if applicable)
Signature	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name (block capitals)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Date	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Capacity	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Complete the following for all applications

Country where advice given	<input type="text"/>
Country where application signed	<input type="text"/>

Part 13: Appointment of Third Party Payee as Beneficiary

You may use this section to nominate a beneficiary to receive the death benefits. Important: Using this form may not be an effective solution if your objective is to reduce the inheritance tax/estate duties payable by your estate on death. We recommend that you obtain legal advice.

* Delete as appropriate

To: Friends Provident International Limited

Subject to any future revocation or appointment, I/we* hereby appoint the following person/persons* as beneficiary in the share / shares* indicated below.

This appointment does not apply to any Critical Illness and Disability Benefit, Terminal Illness Benefit or Total and Permanent Disability Benefit if included in the policy.

Full name and address of the beneficiary	Share of benefit (%)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Certified identification and verification of residential address for each beneficiary will be required at the time of the claim.

In the event that at the time of any payment you are unable to contact the beneficiary, you should make enquiries of the following person/persons* for the purposes of locating the beneficiary:

Name of contact	<input type="text"/>
Address	<input type="text"/>
Telephone number	<input type="text"/>
Email address	<input type="text"/>

If no contact name is given, this will not affect the validity of this appointment. Names and details of other contact persons may be attached if desired.

I/We* confirm that I/we* have taken legal advice before signing this form or I/we* have elected not to do so.

I/We* also understand that the beneficiary appointment made on this form shall be revoked by any surrender assignment or disposal of the policy and by my death/the death of the survivor of us* if at my death/the death of the survivor of us* I am/we are* survived by other persons named as life assured on the schedule to the policy.

This form shall form part of the policy and the appointment is made in accordance with the relevant provision of the policy.

Signed (All joint policyholders must sign)

Signature	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Date	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Signature	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Date	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Part 14: Payment Details

Banker's standing order/telegraphic transfer

Most banks insist on completion of their own standing order form. Please contact your own bank for setting up your standing order after we have confirmed your premium amount.

Please ensure when setting up the standing order all premiums need to be paid **net of charges** to ensure the full premium amount is received by us.

Please forward a copy of the standing order form stamped with the official bank stamp.

Please take care to ensure the correct account is used on the standing order (see below for details)

Cheque/post dated cheques

Please make cheques payable to **Friends Provident International Limited**. These should be forwarded through your Financial Adviser, or alternatively can be sent directly to us at the address below.

Please do not forward cheques until Friends Provident International has confirmed your premium, following underwriting.

Please ensure all cheques are clearly referenced on the reverse with your policy number

Friends Provident International Limited
Building 6, Floor 5
Emaar Square
PO Box 215113
Dubai
UAE

This account can be used when paying for GBP premiums from any currency

Bank	HSBC
Postal address	8 Canada Square, London E14 5HQ, United Kingdom
Account name	Friends Provident International Limited
Sort Code	40-19-38
SWIFT/BIC Code	MIDLGB22
Account number	22566621
IBAN	GB86MIDL40193822566621
The transfer amount should be written in GBP	<input type="text" value="GBP"/>

OR

Bank	HSBC, Dubai
Postal address	PO Box 66 Dubai, UAE
Account name	Friends Provident International Limited
SWIFT/BIC Code	BBMEAEAD
Account number	025-171067-212
IBAN	AE250200000025171067212

Payment details (continued)

This account can be used when paying for EUR or USD premiums from any currency except AED	Bank	HSBC
	Postal address	8 Canada Square, London E14 5HQ, United Kingdom
	Account name	Friends Provident International Limited
	Sort Code	40-05-15
	SWIFT/BIC Code	MIDLGB22
	EUR Account number	58980092
	USD Account number	58980076
	EUR IBAN:	GB95MIDL40051558980092
	USD IBAN:	GB42MIDL40051558980076
	The transfer amount should be written in EUR or USD	<input type="text" value="EUR or USD"/>

This account can be used when paying for AED premiums from an AED account only	Bank	HSBC, Dubai
	Postal address	PO Box 66 Dubai, UAE
	Account name	Friends Provident International Limited
	SWIFT/BIC Code	BBMEAEAD
	Account number	025-171067-437
	IBAN:	AE610200000025171067437
	The transfer amount should be written in AED	<input type="text" value="AED"/>

This account can be used when paying for USD premiums from an AED account.	Bank	HSBCi
	Postal address	PO Box 66 Dubai, UAE
	Account name	Friends Provident International Limited
	SWIFT/BIC Code	BBMEAEAD
	Account number	025-171067-211
	IBAN:	AE520200000025171067211
	The transfer amount should be written in AED	<input type="text" value="AED"/>

This account can be used when paying for USD premiums from any currency.	Bank	HSBC
	Postal address	PO Box 66 Dubai, UAE
	Account name	Friends Provident International Limited
	SWIFT/BIC Code	BBMEAEAD
	Account number	025-171067-211
	IBAN:	AE520200000025171067211
	The transfer amount should be written in USD	<input type="text" value="USD"/>

Payment details (continued)

Credit Card Authority

Available for sterling, US dollar and euro monthly and annual payments for terms of 2 years or more only.

This form supersedes any previous instructions held.

Please use BLOCK CAPITALS

I authorise Friends Provident International Limited, Royal Court, Castletown, Isle of Man, British Isles, IM9 1RA; Telephone: +44(0) 1624 821212; Fax: +44(0) 1624 824405, to charge the premium below, to my credit card account for this insurance policy. This authorisation is to remain in effect until I cancel it by written notification to Friends Provident International Limited at least 30 days in advance of the intended date of cancellation.

Name of cardholder	<input type="text"/>	Bank	<input type="text"/>
Credit card number	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Expiry date	<input type="text"/> (month)	<input type="text"/> (year)	
	Mastercard <input type="checkbox"/>	VISA credit card <input type="checkbox"/>	Eurocard <input type="checkbox"/>
with sum of (premium amount if known) Please leave blank*	<input type="text"/>		
Currency	<input type="text"/>		
Collected on the (premium due date) Please leave blank*	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
And on the same day until further notice	Monthly <input type="checkbox"/>	Yearly <input type="checkbox"/>	
Address of credit card holder (as held by the card provider)	<input type="text"/>		
Signature	<input type="text"/>		
Date	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Important notes

- 1 Please note that debit cards cannot be accepted for premium payments.
- 2 Please note that some credit cards cannot be used outside their country of issue and therefore we strongly recommend that you contact your card issuer to ensure your card can be used in this instance.

* I understand that Friends Provident International Limited will complete these once the premium amount is finalised

Failure to give accurate and complete answers may result in non payment of a claim

Page left blank intentionally

Failure to give accurate and complete answers may result in non payment of a claim

Page left blank intentionally

Failure to give accurate and complete answers may result in non payment of a claim

Page left blank intentionally

Failure to give accurate and complete answers may result in non payment of a claim

Page left blank intentionally

Important information

Any references to 'we', 'us' and 'our', refer to Friends Provident International. Friends Provident International is a business name for Friends Provident International limited which is a part of the Aviva group.

The information given in this document is based on the understanding of Friends Provident International Limited of current United Arab Emirates and Isle of Man law and taxation practice, as at May 2017, which may change in the future.

No liability can be accepted for any personal tax consequences of this scheme or for the effect of future tax or legislative changes.

All policyholders will receive the protection of the Life Assurance (Compensation of policyholders) Regulations 1991 of the Isle of Man, wherever their place of residence.

Whilst resident in the United Arab Emirates, complaints we cannot settle can be referred to the United Arab Emirates Insurance Authority or if you wish to the Financial Services Ombudsman Scheme for the Isle of Man.

If you are not resident in the United Arab Emirates or are no longer resident in the United Arab Emirates, complaints we cannot settle can be referred to the Financial Services Ombudsman Scheme for the Isle of Man.

Some telephone communications with the Company are recorded and may be randomly monitored.

LEGAL INTERPRETATION

International Protector Middle East is governed by the laws of the United Arab Emirates and all disputes relating to a policy shall be subject to the jurisdiction of the courts of the United Arab Emirates, except as otherwise expressly agreed by the parties in writing.

Copyright © 2017 Friends Provident International. All rights reserved.

معلومات هامة

أي إشارات إلى "نحن"، و"إلينا"، و"الخاص بنا" تشير إلى فريندز بروفيدنت إنترناشونال. فريندز بروفيدنت إنترناشونال هي الاسم التجاري لفريندز بروفيدنت إنترناشونال ليمتد، وهي جزء من مجموعة Aviva.

تستند المعلومات المقدمة في هذا المستند إلى فهم شركة فريندز بروفيدنت إنترناشونال ليمتد للقوانين والممارسات الضريبية الحالية المعمول بها في دولة الإمارات العربية المتحدة وجزيرة Isle of Man، اعتباراً من مايو 2017 والتي قد تتغير في المستقبل. أننا لا نتحمل أي مسؤولية عن أي عواقب ضريبية شخصية لهذه البوليصة، أو أثر أي تغييرات ضريبية أو تشريعية مستقبلية.

جميع حاملي البوالص سيستفيدون من حماية لوائح التأمين على الحياة (تعويض حاملي البوالص) لسنة 1991 لجزيرة Isle of Man أياً كان محل إقامتهم.

إذا كنت مقيماً في دولة الإمارات العربية المتحدة يجوز إحالة الشكاوى التي لا يمكننا حلها إلى هيئة التأمين في دولة الإمارات العربية المتحدة أو إلى محقق الشكاوى المالية لتسوية المنازعات بجزيرة Isle of Man إذا كنت ترغب في ذلك.

إذا لم تكن مقيماً في دولة الإمارات العربية المتحدة أو لم تعد مقيماً في الإمارات العربية المتحدة يجوز إحالة الشكاوى التي لا يمكننا حلها إلى محقق الشكاوى المالية لتسوية المنازعات بجزيرة Isle of Man.

تسجل بعض الاتصالات الهاتفية مع الشركة ويمكن مراقبتها عشوائياً.

التفسير القانوني

تخضع International Protector Middle East لقوانين دولة الإمارات العربية المتحدة، وتختص محاكم دولة الإمارات العربية المتحدة بحل أي نزاع يتعلق بالبوليصة، ما لم يوافق الطرفان صراحة وخطياً على غير ذلك.

حقوق الملكية الفكرية – 2017 فريندز بروفيدنت إنترناشونال. جميع الحقوق محفوظة.

فريندز بروفيدنت إنترناشونال ليمتد: المقر والرئيسي والمسجل: رويال كورت، كاسل تاون، Isle of Man، الجزر البريطانية، **IM9 1RA**. هاتف: +44(0) 1624 4 821 212 | فاكس: +44(0) 1624 814 405 (0). تأسست شركة توصية بالأسهم. مسجلة في Isle of Man برقم 11494، مُصرح لها من قبل هيئة Isle of Man للخدمات المالية، وتقدم خدمات التأمين على الحياة ومنتجات الاستثمار.

الإمارات العربية المتحدة: فريندز بروفيدنت إنترناشونال ليمتد | فرع دبي، ساحة إعمار، بناية 6، الطابق الخامس، ص.ب: 215113، دبي، الإمارات العربية المتحدة. هاتف: +9714 436 2800 | فاكس: +9714 438 0144 | الموقع الإلكتروني: www.fpinternational.ae. مسجلة في دولة الإمارات العربية المتحدة على أنها شركة تأمين (تسجيل رقم 76). مسجلة لدى وزارة الاقتصاد على أنها شركة أجنبية (تسجيل رقم 2013). تاريخ التسجيل: 18 إبريل 2007. مُصرح لها من قبل هيئة التأمين بدولة الإمارات العربية المتحدة بممارسة خدمات التأمين على الحياة وعمليات تجميع الصناديق. فريندز بروفيدنت إنترناشونال علامة تجارية مسجلة لمجموعة Aviva.

قد يؤدي عدم ذكر إجابات صحيحة ودقيقة إلى عدم دفع المطالبة

هذه الصفحة تُركت فارغة عمداً

قد يؤدي عدم ذكر إجابات صحيحة ودقيقة إلى عدم دفع المطالبة

هذه الصفحة تُركت فارغة عمداً

قد يؤدي عدم ذكر إجابات صحيحة ودقيقة إلى عدم دفع المطالبة

هذه الصفحة تركت فارغة عمداً

قد يؤدي عدم ذكر إجابات صحيحة ودقيقة إلى عدم دفع المطالبة

هذه الصفحة تركت فارغة عمداً

قد يؤدي عدم ذكر إجابات صحيحة ودقيقة إلى عدم دفع المطالبة

تفاصيل السداد (تابع)

تفويض بالخصم من بطاقة الائتمان

متاح فيما يتعلق بالدفعات الشهرية والسنوية بالجنيه الإسترليني والدولار الأمريكي واليورو، فقط لمدة سنتين أو أكثر. يحل هذا النموذج محل أي تعليمات سابقة محتفظ بها.

يرجى استخدام الخط الواضح

أفوض شركة فريندز بروفيدنت إنترناشونال ليمتد، ومقرها رويال كورت، كاسل تاون، جزيرة Isle of Man، الجزر البريطانية، IM9 1RA. هاتف: 1624 4 821 212 (0) 44+ | فاكس: 1624 824 405 (0) 44+، لخصم القسط المذكور أدناه من حساب بطاقة الائتمان الخاص بي لغرض بوليصة التأمين.

ويظل هذا التفويض سارياً إلى أن أُلغيه بإخطار خطي يوجه إلى شركة فريندز بروفيدنت إنترناشونال ليمتد قبل 30 يوماً على الأقل من الموعد المحدد للإلغاء.

اسم صاحب البطاقة	البنك		
رقم بطاقة الائتمان			
تاريخ انتهاء الصلاحية	(شهر)	(سنة)	
بمبلغ قدره (مبلغ القسط إذا كان معلوماً) يرجى ترك هذه المساحة فارغة*	<input type="checkbox"/> ماستر كارد	<input type="checkbox"/> بطاقة ائتمان فيزا كارد	<input type="checkbox"/> يورو كارد
العملة			
تم التحصيل بتاريخ (تاريخ استحقاق القسط) يرجى ترك هذه المساحة فارغة*			
وبنفس اليوم إلى حين إشعار آخر	<input type="checkbox"/> شهري	<input type="checkbox"/> سنوي	
عنوان صاحب بطاقة الائتمان (المذكور لدى مصدر البطاقة)			
التوقيع			
التاريخ			

ملاحظات هامة

- 1 يرجى العلم أنه لا يجوز قبول بطاقات الخصم لسداد الأقساط.
 - 2 يرجى العلم أنه لا يجوز استخدام بعض بطاقات الائتمان خارج بلد الإصدار، ولذلك نوصي بشدة بالاتصال بمصدر بطاقتك للتأكد من إمكانية استخدام بطاقتك في هذه الحالة.
- * أدرك أن شركة فريندز بروفيدنت إنترناشونال ليمتد سوف تستكمل هذه المعلومات بمجرد الانتهاء من دفع قسط التأمين.

قد يؤدي عدم ذكر إجابات صحيحة ودقيقة إلى عدم دفع المطالبة

تفاصيل السداد (تابع)

إتش إس بي سي 8 كندا سكوير، لندن E14 5HQ، المملكة المتحدة. فريندز بروفيدنت إنترناشونال ليمتد 40-05-15 MIDLGB22 58980092 58980076 GB95MIDL40051558980092 GB42MIDL40051558980076 اليورو أو الدولار الأمريكي	البنك العنوان البريدي اسم الحساب رمز التعريف رمز السويفت (SWIFT) / رمز التعريف البنكي (BIC) رقم الحساب باليورو رقم الحساب بالدولار الأمريكي رقم الحساب البنكي الدولي (IBAN) بال يورو رقم الحساب البنكي الدولي (IBAN) بالدولار الأمريكي يكتب مبلغ التحويل باليورو أو الدولار الأمريكي	يستخدم هذا الحساب في حالة سداد الأقساط باليورو أو الدولار الأمريكي من أي عملة أخرى بخلاف الدرهم الإماراتي
إتش إس بي سي، دبي ص.ب: 66، دبي، الإمارات العربية المتحدة فريندز بروفيدنت إنترناشونال ليمتد BBMEAEAD 025-171067-437 AE61020000025171067437 الدرهم الإماراتي	البنك العنوان البريدي اسم الحساب رمز السويفت (SWIFT) / رمز التعريف البنكي (BIC) رقم الحساب رقم الحساب البنكي الدولي (IBAN) يكتب مبلغ التحويل بالدرهم الإماراتي	يستخدم هذا الحساب في حالة سداد الأقساط بالدرهم الإماراتي من أي حساب فقط بالدرهم الإماراتي
إتش إس بي سي ص.ب: 66، دبي، الإمارات العربية المتحدة فريندز بروفيدنت إنترناشونال ليمتد BBMEAEAD 025-171067-211 AE52020000025171067211 الدرهم الإماراتي	البنك العنوان البريدي اسم الحساب رمز السويفت (SWIFT) / رمز التعريف البنكي (BIC) رقم الحساب رقم الحساب البنكي الدولي (IBAN) يكتب مبلغ التحويل بالدرهم الإماراتي	يستخدم هذا الحساب في حالة سداد الأقساط بالدولار الأمريكي من أي حساب بالدرهم الإماراتي
إتش إس بي سي ص.ب: 66، دبي، الإمارات العربية المتحدة فريندز بروفيدنت إنترناشونال ليمتد BBMEAEAD 025-171067-211 AE52020000025171067211 الدولار الأمريكي	البنك العنوان البريدي اسم الحساب رمز السويفت (SWIFT) / رمز التعريف البنكي (BIC) رقم الحساب رقم الحساب البنكي الدولي (IBAN) يكتب مبلغ التحويل بالدولار الأمريكي	يستخدم هذا الحساب في حالة سداد الأقساط بالدولار الأمريكي من أي عملة أخرى

القسم 14: تفاصيل السداد

أمر دفع للبنك مستديم/ حوالة برقية

تصر معظم البنوك على استكمال نموذج الطلب الخاص بها. يرجى الاتصال بالبنك الخاص بك لإعداد أمر الدفع المستديم بعد أن نؤكد لك مبلغ القسط التأميني.

يرجى التأكد عند إعداد أمر الدفع المستديم من جميع الأقساط المطلوب سدادها **خالية من الرسوم** لضمان تسلمنا القسط بالكامل.

يرجى إرسال نسخة من أمر الدفع المستديم المختوم بالختم الرسمي للبنك.

يرجى التأكد من استخدام رقم الحساب الصحيح على أمر الدفع المستديم (انظر أدناه للحصول على مزيد من التفاصيل)

شيك/ شيكات مؤجلة الدفع

يرجى تحرير الشيكات المستحقة لشركة **فريندز بروفيدنت إنترناشونال ليمتد**، وإرسالها من خلال المستشار المالي الخاص بك، أو يمكن إرسالها مباشرة إلينا على العنوان المذكور أدناه.

يرجى عدم إرسال الشيكات حتى تؤكد شركة فريندز بروفيدنت إنترناشونال على قسطك، بعد التأمين.

يرجى التأكد من كتابة رقم البوليصة الخاص بك بوضوح على ظهر جميع الشيكات بوصفه رقماً مرجعياً لها.

شركة فريندز بروفيدنت إنترناشونال ليمتد

البنية رقم 6، الطابق 5

إعمار سكوير

ص.ب: 215113

دبي

الإمارات العربية المتحدة

يستخدم هذا الحساب في حالة سداد الأقساط بالجنيه الإسترليني من أي عملة أخرى

البنك	إتش إس بي سي
العنوان البريدي	8 كندا سكوير، لندن E14 5HQ، المملكة المتحدة.
اسم الحساب	فريندز بروفيدنت إنترناشونال ليمتد
رمز التعريف	40-19-38
رمز السويفت (SWIFT) / رمز التعريف البنكي (BIC)	MIDLGB22
رقم الحساب	22566621

رقم الحساب المصرفي الدولي (IBAN) GB86MIDL40193822566621

يكتب مبلغ التحويل بالجنيه الإسترليني الجنيه الإسترليني

أو

البنك	إتش إس بي سي
العنوان البريدي	ص.ب: 66، دبي، الإمارات العربية المتحدة
اسم الحساب	فريندز بروفيدنت إنترناشونال ليمتد
رمز السويفت (SWIFT) / رمز التعريف البنكي (BIC)	BBMEAEAD
رقم الحساب	025-171067-212

رقم الحساب البنكي الدولي (IBAN) AE25020000025171067212

القسم 13: تعيين الغير كمستفيد

يجوز لك استخدام هذا القسم لترشيح مستفيد لتلقي مزايا الوفاة. هام: قد لا يكون استخدام هذا النموذج حلاً فعالاً إذا كان هدفك هو تخفيض رسوم الإرث/ الضرائب العقارية المستحقة على عقاراتك عند الوفاة، وعليه، نوصي بالحصول على المشورة القانونية.

* يرجى الحذف إن كان ذلك مناسباً

إلى: فريندز بروفيدنت إنترناشونال ليمتد

مع مراعاة أي إلغاء أو تعيين مستقبلي، فإنني أعين الشخص/ فإننا نعين الأشخاص *التالية أسماؤهم مستفيدين في السهم/ الأسهم* المُشار إليها أدناه.

ولا يسري هذا التعيين على أي إعانة للأمراض الحرجة والعجز، أو إعانة مرض العضال، أو إعانة العجز الكلي والمستديم إذا كانت مشمولة في البوليصة.

حصة المنفعة (%)	اسم المستفيد بالكامل وعنوانه
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

تُطلب الهوية المعتمدة والتحقق من عنوان السكن لكل مستفيد وقت المطالبة.

إذا كنت غير قادر في وقت أي سداد على الاتصال بالمستفيد فعليك أن تقوم باستعلامات تتعلق بالشخص/ بالأشخاص* التالي/ التالية أسماؤهم لأغراض تحديد موقع المستفيد.

<input type="text"/>	اسم جهة الاتصال
<input type="text"/>	العنوان
<input type="text"/>	رقم الهاتف
<input type="text"/>	عنوان البريد الإلكتروني

في حال عدم إعطاء اسم جهة اتصال لا يؤثر هذا في سريان هذا التعيين. ويجوز إرفاق الأسماء وتفاصيل جهات الاتصال الأخرى في حال الرغبة في ذلك.

أقر بأنني قد حصلت/ بأننا* قد حصلنا على مشورة قانونية قبل توقيع هذا النموذج، أو اخترت/ اخترنا* عدم القيام بذلك. كما أدرك/ ندرك* أن تعيين المستفيد بهذا النموذج يُلغى بأي استرداد للخطأ، أو التنازل عنها، أو التصرف فيها، وكذلك بوفاتي/ وفاة من يخلفنا* إذا ظل عند وفاتي/ وفاة من يخلفنا* أشخاص آخرون بوصفهم مؤمناً على حياتهم بملحق البوليصة. يشكل هذا النموذج جزءاً من البوليصة، ويجري التعيين وفق الحكم ذي الصلة من شروط البوليصة.

التوقيع (يوقع جميع حاملي البوليصة بالتضامن)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	التوقيع
<input type="text"/>	<input type="text"/>	التاريخ
<input type="text"/>	<input type="text"/>	التوقيع
<input type="text"/>	<input type="text"/>	التاريخ

قد يؤدي عدم ذكر إجابات صحيحة ودقيقة إلى عدم دفع المطالبة

الإقرار (تابع)

يرجى التأكد من أنك قد قرأت وفهمت الإقرار الوارد في القسم 12. بموجب التوقيع أدناه، تؤكد أنك قرأت المعلومات الواردة وفهمتها.

المؤمن على حياته الأول (أو الوحيد) (الذي سيكون أيضاً مقدم الطلب إذا لم يستكمل القسم 10b)	المؤمن على حياته الثاني (الذي سيكون أيضاً مقدم الطلب إذا لم يستكمل القسم 10b)	التوقيع
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	الاسم (بخط واضح)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	التاريخ

* تتسلم شركة فريندز بروفيدنت إنترناشونال ليمتد الطلب خلال ستة أسابيع بداية من تاريخ التوقيع

لا يُستكمل الآتي إلا إذا استكمل القسم 10

مقدم الطلب الأول (إذا انطبق الأمر)	مقدم الطلب الثاني (إذا انطبق الأمر)	التوقيع
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	الاسم (بخط واضح)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	التاريخ
<input type="text"/>	<input type="text"/>	الصفة

يستكمل ما يلي لجميع الطلبات

<input type="text"/>	البلد الذي قدمت فيه المشورة
<input type="text"/>	البلد الذي وقع فيه الطلب

القسم 12: الإقرار

يجب ان يوقع جميع الأشخاص المذكورين في هذا الطلب على هذا الإقرار.

- 1 • يُعد هذا الطلب طلباً رسمياً مني بإبرام عقد مع فريندز بروفيدنت إنترناشونال ليمتد للحصول على البوليصة المذكورة سابقاً. أدرك وأقبل أن يبرم هذا العقد وفقاً للشروط والأحكام الاعتيادية الصادرة عن فريندز بروفيدنت إنترناشونال ليمتد.
- أدرك وأقبل أن تخضع فريندز بروفيدنت إنترناشونال ليمتد للإجراءات الرقابية وقوانين دولة الإمارات العربية المتحدة وجزيرة Isle of Man.
- أدرك وأقبل أن تخضع International Protector Middle East لقوانين دولة الإمارات العربية المتحدة، وتختص محاكم دولة الإمارات العربية المتحدة بحل أي نزاع يتعلق بالبوليصة، ما لم يوافق الطرفان صراحة وخطياً على غير ذلك.
- أدرك وأقبل أن هذا الطلب لا يمكن قبوله إلا من قبل موظفي فريندز بروفيدنت إنترناشونال ليمتد، وأن الغير لا يملكون السلطة اللازمة لإنشاء عقد ملزم.
- 2 • أقر/نقر بأنه في حال فرض أي ضريبة على القسط التأميني أو ضريبة المنبع في دولة إقامتي/إقامتنا يتعين عليّ /علينا حينئذ زيادة القسط المنتظم بقيمة تعادل الالتزام، أو تسوية الالتزام مباشرة لدى السلطات الضريبية ذات الصلة.
- 3 • إذا كنت مؤمناً على حياتي ولسنت مقدم الطلب أوافق على هذا الطلب ومباشرة التأمين على حياتي.
- 4 • أدرك وأقبل أنه يجوز لشركة فريندز بروفيدنت إنترناشونال ليمتد طلب الاطلاع على التقارير الطبية الخاصة بي بغرض النظر في أي مطالبة.
- أفوض أي دكتور، طبيب، ممارس، مستشفى، عيادة، شركة تأمين، شركة إعادة تأمين، صاحب عمل، منظمة فردية، أو مكتب حكومي آخر لديه أي سجلات أو معرفة بي أو بحالتي الصحية في الإفصاح لصالح فريندز بروفيدنت إنترناشونال ليمتد عن أي معلومات بغرض النظر في أي مطالبة. يكون هذا التفويض ملزماً لورثتي والمتنازل إليهم بشكل لا رجعة فيه ويعين ويظل سارياً، رغم وفاتي أو عجزتي، وتسري نسخة هذا التفويض كأنها الأصل.
- 5 • أدرك أنه يجوز لشركة فريندز بروفيدنت إنترناشونال ليمتد استخدام المعلومات المقدمة إليها فيما يتعلق بهذا الطلب بغرض النظر في أي مطالبة في المستقبل، ويجوز مشاركة هذه المعلومات مع الغير، على سبيل المثال الخبير الطبي، للمساعدة في تقييم المطالبة.
- أدرك أنكم سوف ترسلون المعلومات حول أي مطالبة تتعلق بالتأمين ضد الأمراض الحرجة أو العجز إلى رابطة شركات التأمين البريطانية (ABI) حتى يتمكنوا من إتاحتها لشركات التأمين الأخرى. كما أنني أدرك أنه، رداً على أي عمليات بحث تقوم بها فيما يتعلق بهذه المطالبة، يجوز لرابطة شركات التأمين البريطانية أن ترسل لكم معلومات تلقتها من شركات تأمين أخرى.
- 6 • أدرك وأقبل توافر الشروط والأحكام ونسخة من هذا النموذج المكتمل عند الطلب، وأنه ينبغي لي الاحتفاظ بأي وثائق أو مراسلات وردت من فريندز بروفيدنت إنترناشونال ليمتد فيما يتعلق بالبوليصة الخاصة بي.
- أدرك وأقبل أنه عند طلبي استشارة أي مستشار مالي يتصرف المستشار المالي وكيلًا عني، وليس وكيلًا عن فريندز بروفيدنت إنترناشونال ليمتد.
- 7 • قرأت القسم 1 - المقدمة وإجاباتي عن الأسئلة الواردة في هذا الطلب، وأقر في حدود علمي واعتقادي بأن جميع المعلومات المقدمة مني صحيحة وأنني لم أخف أي حقائق. أدرك أنني ملزم بضمان جميع الحقائق التي أفصحت عنها إلى

- المستشار المالي الخاص بي في الإجابة عن الأسئلة الواردة في هذا الطلب سجلت بدقة في هذا الطلب. أدرك وأقبل أن عدم الإفصاح عن حقيقة أو تقديم معلومات زائفة قد يعطي فريندز بروفيدنت إنترناشونال ليمتد الحق في الإلغاء المبكر لأي بوليصة صادرة نتيجة لهذا الطلب، وإلغاء أي مطالبة في المستقبل.
- أدرك أنني ملزم بإبلاغ فريندز بروفيدنت إنترناشونال ليمتد دون تأخير بحدوث أي تغيير في حالتي الصحية أو ظروفه قبل إعلان فريندز بروفيدنت إنترناشونال ليمتد عن المخاطر ضمن البوليصة المطلوبة.
- 8 • أوافق على أنه إذا طلب مني إجراء فحص طبي فإن الردود على أسئلة الخبير الطبي ستشكل جزءاً من هذا الطلب.
- أدرك وأوافق على استخدام فريندز بروفيدنت إنترناشونال ليمتد المعلومات التي أقدمها (فضلاً عن المعلومات التي تخصني فيما يتعلق بأي بوليصة حالية لدي مع فريندز بروفيدنت إنترناشونال ليمتد) لأغراض الإدارة، التأمين، المطالبات، الأبحاث، والأغراض الإحصائية. أفوض فريندز بروفيدنت إنترناشونال ليمتد بنقل المعلومات بما في ذلك المعلومات الطبية للخبراء الطبيين والممارسين، شركات التأمين، شركات التحقيق في المطالبات، شركات التأمين على الحياة، شركات إعادة التأمين، شركات معالجة البيانات، أو أي شركة أو وكالة معينة لهذه الأغراض. (يجوز أن تقع هذه الشركات أو الوكالات في البلدان التي ليس لديها قوانين لحماية معلوماتك، وستظل فريندز بروفيدنت إنترناشونال ليمتد مسؤولة عن ضمان كون المعلومات محفوظة بشكل آمن).
- وأوافق أيضاً على أنه يجوز لشركة فريندز بروفيدنت إنترناشونال ليمتد نقل المعلومات للغير بغرض منع الجريمة أو الكشف عن الغش، والتمكين من المطالبة الصحية للممتلكات أو إذا اقتضى ذلك بموجب القانون أو اللوائح.
- 9 • أوافق على أن تطلب شركتكم من أي طبيب استشرته حول صحتي البدنية أو العقلية تقديم المعلومات الطبية حتى تتمكن شركتكم من تقييم هذا الطلب. ويجوز لكم جمع المعلومات ذات الصلة من شركات التأمين الأخرى حول أي طلبات أخرى للتأمين على الحياة، ضد الأمراض الحرجة، المرض، أو العجز، الحوادث أو التأمين الطبي الخاص على حياتي التي تقدمت بطلب للحصول عليها. وأفوض من يطلب منهم تقديم المعلومات الطبية والمعلومات الخاصة بالبوليصة عند الاطلاع على نسخة من نموذج الموافقة المائل.
- 10 • يمكنكم إلغاء خطتكم حتى 30 يوماً من يوم تلقيكم إخطار الإلغاء. سوف تستردون القسط المدفوع. يوجه إليكم إخطار الإلغاء الذي يوفر لكم المزيد من التفاصيل، بما في ذلك بداية مهلة الإلغاء ونهايتها وكيفية ممارستها، عن طريق البريد عند تقديم وثائق البوليصة.
- 11 • أؤكد أن المعلومات الواردة في نموذج الطلب المائل قد تم ذكرها بنفسني أو بحدود علمي وأن التوقيع على الطلب هو توقيعني.

القسم 11: الاطلاع على التقارير الطبية المتاحة

يرجى العلم أننا قد لا نتواصل مع الطبيب الخاص بك. حتى إذا قمنا بذلك عليك الإفصاح عن جميع الحقائق عند استكمال هذا النموذج.

قد نحتاج إلى الحصول على تقارير طبية لدعم طلبك. قبل أن نطلب من أي طبيب استشارته لملء التقرير نحتاج إلى الحصول على إذن منك. لا نحتاج إلى إعطاء إذنك، ولكن إذا لم تقم بذلك فقد لا نتمكن من مواصلة طلبك، وهذا لا يمنعك من التقدم لشركات تأمين أخرى.

نحن نطلب من طبيبك عدم الكشف عن معلومات حول:

• الاختبارات السلبية لفيروس نقص المناعة البشرية (HIV) أو التهاب الكبد B أو C؛ أو

• أي أمراض منقولة جنسياً ما لم يكن هناك آثار طويلة الأجل على صحتك.

المعلومات التي تقدمها أنت وطبيبك عن صحتك قد تضطرنا إلى:

• رفض توفير التأمين؛

• زيادة الأقساط على الحدود القياسية المذكورة أعلاه؛

• تطبيق استثناء على التغطية؛ أو

• تحديد الأقساط بالحدود القياسية.

إذا كان لديك أي أسئلة تتعلق بعملية الحصول على المعلومات الطبية أو تقييمها أو تخزينها يرجى التواصل مع:

مدير الشؤون الطبية، عناية فريبنز بروفيدنت إنترناشونال ليمتد، إعمار سكوير، البناية رقم 6، الطابق 5، ص.ب: 215113، دبي، الإمارات العربية المتحدة.

القسم 10a: بيانات مقدم (مقدمو) الطلب

مقدم (مقدمو) الطلب هو/ هم الشخص/ الأشخاص الذين يحملون بوليصة التأمين

هل مقدم (مقدمو) الطلب:

المؤمن على حياته الأول (أو الوحيد)؟ المؤمن على حياته الثاني؟

كلا المؤمنيين على حياتهما؟ خلاف المؤمن عليه/ عليهما؟ إذا كان أحداً غيرهما يرجى استكمال القسم 10b كاملاً.

القسم 10b: يستكمل إذا لم يكن مقدم الطلب مؤمناً عليه.

المؤمن على حياته الثاني	المؤمن على حياته الأول (أو الوحيد)	
<input type="checkbox"/> السيد <input type="checkbox"/> السيدة <input type="checkbox"/> الأنسة <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> السيد <input type="checkbox"/> السيدة <input type="checkbox"/> الأنسة <input type="checkbox"/>	1 اللقب
<input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى	<input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	2 اللقب/ اسم العائلة
<input type="text"/>	<input type="text"/>	3 الاسم الأول
<input type="text"/>	<input type="text"/>	4 اسم الشركة/ شركة الائتمان
<input type="text"/>	<input type="text"/>	5 العنوان الحالي (ويشمل ذلك اسم الشارع، والمدينة، ورمز المنطقة إذا كان ذلك معلوماً)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	6 رقم (أرقام) الهاتف
<input type="text"/>	<input type="text"/>	العمل
<input type="text"/>	<input type="text"/>	المنزل
<input type="text"/>	<input type="text"/>	7 البريد الإلكتروني
<input type="text"/>	<input type="text"/>	8 رقم الهوية أو جواز السفر
<input type="text"/>	<input type="text"/>	9 تاريخ الميلاد (يوم/ شهر/ سنة)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	10 الحالة الاجتماعية
<input type="text"/>	<input type="text"/>	11 الجنسية
<input type="text"/>	<input type="text"/>	12 مدينة الميلاد
<input type="text"/>	<input type="text"/>	13 بلد الميلاد
<input type="text"/>	<input type="text"/>	14 بلد الإقامة الدائم (إذا كان مختلفاً عن المذكور أعلاه)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	15 صلة الشخص (الأشخاص) المذكور في القسم 2 وطبيعة المصلحة.

قد يؤدي عدم ذكر إجابات صحيحة ودقيقة إلى عدم دفع المطالبة

الأسئلة الصحية - المؤمن على حياته الثاني (تابع)

المعلومات الإضافية

قد يؤدي عدم ذكر إجابات صحيحة ودقيقة إلى عدم دفع المطالبة

الأُسئلة الصحية - المؤمن على حياته الثاني (تابع)

4 خلال السنوات الـ 5 الماضية، بخلاف الحالات التي ذكرتها بالفعل:

- a هل كان لديك أي استشارة طبية (على سبيل المثال مع طبيب، استشاري، طبيب نفسي، عيادة، أخصائي علاج طبيعي، أو أي نوع آخر من الممارسين الطبيين) أو زيارة المستشفى بالعيادات الداخلية أو الخارجية؟
- b هل سبق لك إجراء أو تم نصحك لإجراء أي فحوصات طبية أو عمل أشعة عادية أو أي مسح بالأشعة السينية أو اختبار؟ (فيما يخص هذا السؤال، لا تحتاج إلى تقديم تفاصيل عن الاستشارات بين الحين والآخر مع طبيبك المعتاد بخصوص نزلات البرد والإنفلونزا، أو مشاورات لحبوب منع الحمل عن طريق الفم، اختبارات اللطاخة، الفحوصات الدورية للرجل/ المرأة التي كانت نتائجها معروفة وطبيعية).

مرجع السؤال	في هذا المربع يرجى ذكر الاضطراب (الاضطرابات)، تاريخه، ومدته، العلاج، نتائج الفحوصات، إجازة العمل وميعاده. تابع الكتابة في المربع الموجود في نهاية هذا القسم إذا لزم الأمر	اسم، عنوان، رقم الهاتف/ الفاكس للطبيب أو العيادة/ المستشفى الذي زرته

- 5 خلال الـ 12 شهراً الماضية، هل وُصف لك أي عقار، دواء أو قرص، أو كان لديك أي شكل آخر من أشكال العلاج الطبي (على سبيل المثال: العلاج الطبيعي أو العلاج النفسي)؟
- 6 خلال الأشهر الـ 6 الماضية، هل كان لديك أي أعراض طبية، تغير في صحتك البدنية أو العقلية، أو تغير في قدرتك البدنية أو العقلية التي لم تستشر فيها الطبيب المستشفى أو الممارس الطبي؟ (فيما يخص هذا السؤال، لا تحتاج إلى تقديم تفاصيل عن نزلات البرد والإنفلونزا التي استمرت أقل من أسبوعين إجمالاً)
- 7 في الأشهر الـ 12 المقبلة، هل من المقرر لك أي استشارة أو فحص فيما يتعلق بأي أعراض أو حالة طبية، أو تنتظر نتيجة أي فحوصات طبية؟
- 8 بخلاف المعلومات التي قدمتها بالفعل، هل سبق لك أن أصبت بمرض أو حالة طبية استمرت أكثر من 3 أشهر وأثرت على قدرتك على الدراسة أو ممارسة الأنشطة اليومية العادية أو حصلت بشأنها على إجازة عمل لمدة تزيد على أسبوعين؟

مرجع السؤال	في هذا المربع يرجى ذكر الاضطراب (الاضطرابات)، تاريخه، ومدته، العلاج، نتائج الفحوصات، إجازة العمل وميعاده. تابع الكتابة في المربع الموجود في نهاية هذا القسم إذا لزم الأمر	اسم، عنوان، رقم الهاتف/ الفاكس للطبيب أو العيادة/ المستشفى الذي زرته

قد يؤدي عدم ذكر إجابات صحيحة ودقيقة إلى عدم دفع المطالبة

الأسئلة الصحية - المؤمن على حياته الثاني (تابع)

3 خلال السنوات الـ 5 الماضية، هل عانيت من أي حالة من الحالات الآتية:

- a أي كتلة ظهرت أو نما حجمها، أو شامة أو نمش سببت نزيفاً، أو سببت ألماً أو تغييراً في المظهر؟
- b ارتفاع ضغط الدم أو ارتفاع الكوليسترول الذي ينصح من أجله بالعلاج، مزيد من القراءات أو تغيير في النظام الغذائي؟
- c الربو، أ التهاب الشعب الهوائية، السل، السعال المصحوب بالدم، أو أي اضطراب في الصدر، الرئة، أو في التنفس؟
- d الصداع المتكرر الذي استشرت من أجله الطبيب، أو أي صرع، نوبة، تشنج، أو فقدان الذاكرة المؤقت؟
- e أي ضعف في الرؤية أو السمع، أو أي اضطراب في العينين أو الأذنين؟ (يجوز تجاهل مشاكل البصر التي تصححها النظارات أو العدسات اللاصقة، ولكن عليك أن تخبرنا بجميع مشاكل السمع، حتى لو تم تصحيحها بواسطة مساعداً للسمع)
- f آلام الظهر، آلام الرقبة، عرق النسا، آلام المفاصل، التهاب المفاصل، الإصابات المتكررة، أو أي اضطراب آخر في العضلات، العظام، الأطراف التي تشاورت بخصوصها مع طبيب، مستشفى، أخصائي علاج طبيعي، طبيب تقويم العظام، خبير بالمعالجة اليدوية، أو أي نوع آخر من الممارسين الطبيين، أو التي حصلت من أجلها على إجازة من العمل؟
- g أي شكل من أشكال اضطراب الكبد بما في ذلك اليرقان، التهاب الكبد، أو تليف الكبد؟
- h مرض السكري، داء كرون، أو التهاب القولون؟
- i أي اضطراب في الكلى؟
- j علاج أو اختبار إيجابي لأي مرض تم نقله جنسياً؟
- k (i) أي مرض عقلي، أو اضطراب في الأكل، أو هل حاولت إيذاء نفسك أو أخذ جرعة زائدة؟
(ii) أي شعور آخر بالكتئاب، القلق، الإجهاد، أو التعب أبلغت به أي طبيب، مستشفى، ممرضة، طبيب نفسي، أو أخصائي نفسي، أو أي نوع آخر من الممارسين الطبيين؟
- l خلال السنوات الـ 5 الماضية هل تعرضت لخطر الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية (HIV)؟ (يمكن الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية عن طريق الجنس غير الآمن، تعاطي المخدرات عن طريق الحقن الوريدي، أو نقل الدم، أو الجراحة التي تجرى خارج الاتحاد الأوروبي)؟

اسم، عنوان، رقم الهاتف/ الفاكس للطبيب أو العيادة/ المستشفى الذي زرته	في هذا المربع يرجى ذكر الاضطراب (الاضطرابات)، تاريخه، ومدته، العلاج، نتائج الفحوصات، إجازة العمل وميعاده. تابع الكتابة في المربع الموجود في نهاية هذا القسم إذا لزم الأمر	مرجع السؤال

القسم 9: الأسئلة الصحية – المؤمن عليه الثاني

جميع الأسئلة التي نطرحها لها علاقة بالنموذج وذات أهمية. وعليك في هذا النموذج الإجابة عنها كاملة وبدقة وفقاً لأقصى حدود علمك. وإلا يحق لنا قانوناً إلغاء أي بوليصة صادرة نتيجة طلبك وعدم سداد أي مطالبة.

إذا كان الإجابة عن أي سؤال "نعم" يُرجى ذكر جميع التفاصيل والإفصاح عن جميع الحقائق التي قد تؤثر على تقييم الطلب وقبوله.

1a كم يبلغ طولك؟ سم 1c بصرف النظر عن فقدان الوزن المتعمد (مثل النظام الغذائي) أو الحمل، هل فقدت أكثر من 6 كيلوغرامات في الأشهر الستة الماضية؟ نعم لا

1b كم يبلغ وزنك؟ كغم نعم لا

2 هل لديك حالياً أو كان لديك في أي وقت مضى أي من الحالات الآتية:

a السرطان، سرطان الدم، داء هودجكين، سرطان الغدد الليمفاوية، أو ورم بالمدخ، أو ورم بالعمود الفقري؟ نعم لا

b أمراض القلب، ضيق التنفس، الذبحة الصدرية، الأزمة القلبية، اضطراب أو عيب بالقلب، اضطراب صمام القلب، أو ضربات القلب غير المنتظمة؟ نعم لا

c السكتة الدماغية، السكتة الدماغية البسيطة، أو نوبة إقفارية عابرة (TIA)، أو نزيف المخ، أو نزيف تحت العنكبوتية؟ نعم لا

d تصلب المتعدد، مرض باركنسون، مرض الزهايمر، الشلل، أو الشلل السفلي؟ نعم لا

e الاضطراب البصري، عدم وضوح الرؤية، أو الرؤية المزدوجة، التهاب العصب البصري، أو التهاب العصب خلف المقلة؟ نعم لا

f الشعور بالوخز، والدغغة، التميل، الرعاش، أو أي فقدان شعور أو توازن أو تنسيق، استشرت فيه طبيباً أو مستشفياً؟ نعم لا

g هل سبق أن أجريت اختباراً واثق إصابتك بفيروس نقص المناعة البشرية (HIV)، أو التهاب الكبد B أو C، أو تنتظر نتائج هذا الاختبار؟ (إذا أسفرت النتائج عن عدم إصابتك فإن وجود اختبار فيروس نقص المناعة البشرية (HIV) لن يؤثر في حد ذاته على شروط القبول الخاصة بالتأمين)

اسم، عنوان، رقم الهاتف/ الفاكس للطبيب أو العيادة/ المستشفى الذي زرته	في هذا المربع يرجى ذكر الاضطراب (الاضطرابات)، تاريخه، ومدته، العلاج، نتائج الفحوصات، إجازة العمل وميعاده. تابع الكتابة في المربع الموجود في نهاية هذا القسم إذا لزم الأمر	مرجع السؤال

قد يؤدي عدم ذكر إجابات صحيحة ودقيقة إلى عدم دفع المطالبة

الأسئلة الصحية - المؤمن على حياته الأول (أو الوحيد) (تابع)

معلومات إضافية

قد يؤدي عدم ذكر إجابات صحيحة ودقيقة إلى عدم دفع المطالبة

الأسئلة الصحية - المؤمن على حياته الأول (أو الوحيد) (تابع)

4 خلال السنوات 2 الماضية، بخلاف الحالات التي ذكرتها بالفعل:

- a هل كان لديك أي استشارة طبية (على سبيل المثال مع طبيب، استشاري، طبيب نفسي، عيادة، أخصائي علاج طبيعي، أو أي نوع آخر من الممارسين الطبيين) أو زيارة المستشفى بالعيادات الداخلية أو الخارجية؟
- لا نعم
- b هل سبق لك إجراء أو تم نصحك لإجراء أي فحوصات طبية، أو عمل أشعة عادية، أو أي مسح بالأشعة السينية، أو اختبار؟ (فيما يخص هذا السؤال، لا تحتاج إلى تقديم تفاصيل عن الاستشارات بين الحين والآخر مع طبيبك المعتاد بخصوص نزلات البرد والإنفلونزا، أو مشاويرات لحبوب منع الحمل عن طريق الفم، اختبارات اللطاخة، الفحوصات الدورية للرجل/ المرأة التي كانت نتائجها معروفة وطبيعية).
- لا نعم

مرجع السؤال	في هذا المربع يرجى ذكر الاضطراب (الاضطرابات)، تاريخه، ومدته، العلاج، نتائج الفحوصات، إجازة العمل وميعاده. تابع الكتابة في المربع الموجود في نهاية هذا القسم إذا لزم الأمر	اسم، عنوان، رقم الهاتف/ الفاكس للطبيب أو العيادة/ المستشفى الذي زرته

- 5 خلال الـ 12 شهراً الماضية، هل وُصف لك أي عقار، دواء أو قرص، أو كان لديك أي شكل آخر من أشكال العلاج الطبي (على سبيل المثال: العلاج الطبيعي أو العلاج النفسي)؟
- لا نعم
- 6 خلال الأشهر الـ 6 الماضية، هل كان لديك أي أعراض طبية، تغير في صحتك البدنية أو العقلية، أو تغير في قدرتك البدنية أو العقلية التي لم تستشر فيها الطبيب، المستشفى أو الممارس الطبي؟ (فيما يخص هذا السؤال، لا تحتاج إلى تقديم تفاصيل عن نزلات البرد والإنفلونزا التي استمرت أقل من أسبوعين إجمالاً)
- لا نعم
- 7 في الأشهر الـ 12 المقبلة، هل من المقرر لك أي استشارة أو فحص فيما يتعلق بأي أعراض أو حالة طبية، أو تنتظر نتيجة أي فحوصات طبية؟
- لا نعم
- 8 بخلاف المعلومات التي قدمتها بالفعل، هل سبق لك أن أصبت بمرض أو حالة طبية استمرت أكثر من 3 أشهر وأثرت على قدرتك على الدراسة أو ممارسة الأنشطة اليومية العادية أو حصلت بشأنها على إجازة عمل لمدة تزيد على أسبوعين؟
- لا نعم

مرجع السؤال	في هذا المربع يرجى ذكر الاضطراب (الاضطرابات)، تاريخه، ومدته، العلاج، نتائج الفحوصات، إجازة العمل وميعاده. تابع الكتابة في المربع الموجود في نهاية هذا القسم إذا لزم الأمر	اسم، عنوان، رقم الهاتف/ الفاكس للطبيب أو العيادة/ المستشفى الذي زرته

قد يؤدي عدم ذكر إجابات صحيحة ودقيقة إلى عدم دفع المطالبة

الأسئلة الصحية - المؤمن على حياته الأول (أو الوحيد) (تابع)

- 3 خلال السنوات 5 الماضية، هل عانيت من أي حالة من الحالات الآتية:
- a أي كتلة ظهرت أو نما حجمها، أو شامة أو نمش سببت نزيفاً، أو سببت ألماً أو تغييراً في المظهر؟
- b ارتفاع ضغط الدم أو ارتفاع الكوليسترول الذي ينصح من أجله بالعلاج، مزيد من القراءات أو تغيير في النظام الغذائي؟
- c الربو، التهاب الشعب الهوائية، السل، السعال المصحوب بالدم، أو أي اضطراب في الصدر، الرئة، أو في التنفس؟
- d الصداع المتكرر الذي استمر من أجله الطبيب، أو أي صرع، نوبة، تشنج، أو فقدان الذاكرة المؤقت؟
- e أي ضعف في الرؤية أو السمع، أو أي اضطراب في العينين أو الأذنين؟ (يجوز تجاهل مشاكل البصر التي تصححها النظارات أو العدسات اللاصقة، ولكن عليك أن تخبرنا بجميع مشاكل السمع، حتى لو تم تصحيحها بواسطة مساعدات السمع)
- f آلام الظهر، آلام الرقبة، عرق النسا، آلام المفاصل، التهاب المفاصل، الإصابات المتكررة، أو أي اضطراب آخر في العضلات، العظام، أو الأطراف التي تشاورت بخصوصها مع طبيب، مستشفى، أخصائي علاج طبيعي، طبيب تقويم العظام، خبير بالمعالجة اليدوية، أو أي نوع آخر من الممارسين الطبيين، أو التي حصلت من أجلها على إجازة من العمل؟
- g أي شكل من أشكال اضطراب الكبد بما في ذلك اليرقان، التهاب الكبد، أو تليف الكبد؟
- h مرض السكري، داء كرون، أو التهاب القولون؟
- i أي اضطراب في الكلى؟
- j علاج أو اختبار إيجابي لأي مرض تم نقله جنسياً؟
- k (i) أي مرض عقلي، أو اضطراب في الأكل، أو هل حاولت إيذاء نفسك أو أخذ جرعة زائدة؟
(ii) أي شعور آخر بالاختئاب، الفلق، الإجهاد، أو التعب أبلغت به أي طبيب، مستشفى، ممرضة، طبيب نفسي، أو أخصائي نفسي، أو أي نوع آخر من الممارسين الطبيين؟
- l خلال السنوات 5 الماضية هل تعرضت لخطر الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية (HIV)؟
(يمكن الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية عن طريق الجنس غير الآمن، تعاطي المخدرات عن طريق الحقن الوريدي، أو نقل الدم، أو الجراحة التي تجرى خارج الاتحاد الأوروبي)؟

اسم، عنوان، رقم الهاتف/ الفاكس للطبيب أو العيادة/ المستشفى الذي زرته	في هذا المربع يرجى ذكر الاضطراب (الاضطرابات)، تاريخه، ومدته، العلاج، نتائج الفحوصات، إجازة العمل وميعاده، تابع الكتابة في المربع الموجود في نهاية هذا القسم إذا لزم الأمر	مرجع السؤال

القسم 9: الأسئلة الصحية - المؤمن على حياته الأول (أو الوحيد)

جميع الأسئلة التي نطرحها لها علاقة بالنموذج وذات أهمية. وعليك في هذا النموذج الإجابة عنها كاملة وبدقة وفقاً لأقصى حدود علمك. وإلا يحق لنا قانوناً إلغاء أي بوليصة صادرة نتيجة طلبك وعدم سداد أي مطالبة.

إذا كان الإجابة عن أي سؤال "نعم" يرجى ذكر جميع التفاصيل والإفصاح عن جميع الحقائق التي قد تؤثر على تقييم الطلب وقبوله.

1a كم يبلغ طولك؟ سم 1c بصرف النظر عن فقدان الوزن المتعمد (مثل النظام الغذائي) أو الحمل، هل فقدت أكثر من 6 كيلوغرامات في الأشهر الستة الماضية؟ نعم لا

1b كم يبلغ وزنك؟ كغم كغم نعم لا

2 هل لديك حالياً أو كان لديك في أي وقت مضى أي من الحالات الآتية:

a السرطان، سرطان الدم، داء هودجكين، سرطان الغدد الليمفاوية، أو ورم بالمد، أو ورم بالعمود الفقري؟ نعم لا

b أمراض القلب، ضيق التنفس، الذبحة الصدرية، الأزمة القلبية، اضطراب عيب بالقلب، اضطراب صمام القلب، أو ضربات القلب غير المنتظمة؟ نعم لا

c السكتة الدماغية، السكتة الدماغية البسيطة، أو نوبة إقفارية عابرة (TIA)، أو نزيف المخ، أو نزيف تحت العنكبوتية؟ نعم لا

d التصلب المتعدد، مرض باركنسون، مرض الزهايمر، الشلل، أو الشلل السفلي؟ نعم لا

e الاضطراب البصري، عدم وضوح الرؤية، أو الرؤية المزدوجة، التهاب العصب البصري، أو التهاب العصب خلف المقلة؟ نعم لا

f الشعور بالوخز، والدغفة، التتميل، الرعاش، أو أي فقدان شعور أو توازن أو تنسيق، استشرت فيه طبيباً أو مستشفى؟ نعم لا

g هل سبق أن أجريت اختباراً واتضح إصابتك بفيروس نقص المناعة البشرية (HIV)، أو التهاب الكبد B أو C، أو تنتظر نتائج هذا الاختبار؟ نعم لا

(إذا أسفرت النتائج عن عدم إصابتك فإن وجود اختبار فيروس نقص المناعة البشرية (HIV) لن يؤثر في حد ذاته على شروط القبول الخاصة بالتأمين)

اسم، عنوان، رقم الهاتف / الفاكس للطبيب أو العيادة / المستشفى الذي زرته	في هذا المربع يرجى ذكر الاضطراب (الاضطرابات)، تاريخه، ومدته، العلاج، نتائج الفحوصات، إجازة العمل وميعاده. تابع الكتابة في المربع الموجود في نهاية هذا القسم إذا لزم الأمر	مرجع السؤال

القسم 8: التاريخ المرضي للعائلة

المؤمن على حياته الأول (أو الوحيد)

قبل سن 60، هل عانى أو توفي أي من والديك أو إخوانك أو أخواتك الطبيعيين من أمراض القلب، السكتة الدماغية، السكري، السرطان، داء هنتغتون، داء الكلى المتعددة الكيسات، داء السلائل الغولوني، التصلب المتعدد، مرض الزهايمر، مرض باركنسون، مرض العصبون الحركي، ضمور العضلات، أو أي اضطراب وراثي بخلاف ما تقدمه؟

نعم لا

إذا كانت الإجابة نعم يرجى استكمال القسم (الأقسام) المعنى (المعنية) أدناه وذكر تفاصيل أي من الحالات المذكورة أعلاه. يرجى ذكر العمر الذي ظهرت فيه الحالة المرضية، وفي حال الإصابة بمرض السرطان يرجى ذكر الجزء الذي ظهر فيه المرض في البداية.

العمر الذي ظهرت فيه الحالة المرضية	الحالة الطبية	الصلة بينك وبين الشخص المريض

المؤمن على حياته الثاني

قبل سن 60، هل عانى أو توفي أي من والديك أو إخوانك أو أخواتك الطبيعيين من أمراض القلب، السكتة الدماغية، السكري، السرطان، داء هنتغتون، داء الكلى المتعددة الكيسات، داء السلائل الغولوني، التصلب المتعدد، مرض الزهايمر، مرض باركنسون، مرض العصبون الحركي، ضمور العضلات، أو أي اضطراب وراثي بخلاف ما تقدمه؟

نعم لا

إذا كانت الإجابة نعم يرجى استكمال القسم (الأقسام) المعنى (المعنية) أدناه وذكر تفاصيل أي من الحالات المذكورة أعلاه. يرجى ذكر العمر الذي ظهرت فيه الحالة المرضية، وفي حال الإصابة بمرض السرطان يرجى ذكر الجزء الذي ظهر فيه المرض في البداية.

العمر الذي ظهرت فيه الحالة المرضية	الحالة الطبية	الصلة بينك وبين الشخص المريض

قد يؤدي عدم ذكر إجابات صحيحة ودقيقة إلى عدم دفع المطالبة

التفاصيل المالية (تابع)

5 يرجى استكمال قسم واحد إما التغطية الشخصية (a) وإما حماية الأعمال (b)

(a) التغطية الشخصية

استكمل كل الأقسام المناسبة

حماية شخصية (على سبيل المثال: تغطية العائلة)

المؤمن على حياته الثاني

المؤمن على حياته الأول (أو الوحيد)

يرجى إبلاغنا بِصِلَة أي معولين وأعمارهم

يرجى التواصل مع فريندز بروفيدنت إنترناشونال ليمنتد، الشرق الأوسط، لمناقشة شروط مبلغ التأمين الذي يزيد على 4 ملايين دولار أمريكي.

حماية القرض الشخصي (بما في ذلك الرهن)

ما هو سبب القرض؟

إذا كان عرضه الحصول على الرهن يرجى إبلاغنا ما إذا كان لمنزلك الرئيسي أو للاستثمار.

اسم المقرض

مبلغ القرض ومدته

هل القرض مشروط بإصدار هذه البوليصة؟ نعم لا

يرجى وضع العلامة في حال إرفاق المطلوب.

إذا كان مبلغ التأمين أعلى من مليون دولار أمريكي للتأمين على الحياة أو 500.000 دولار أمريكي للتأمين ضد الأمراض الحرجة أو ما يعادله يرجى إرفاق نسخة من خطاب عرض القرض أو سند الدين.

(b) حماية الأعمال

ويشمل ذلك حماية تأمين المسؤول الرئيسي في الشركة، حماية الشراكة أو المساهمين أو فرض تم الحصول عليه نيابة عن الشركة.

ما هو سبب التغطية وكيف تم الحصول على مبلغ التأمين؟

يرجى وضع العلامة في حال إرفاق المطلوب.

إذا كان مبلغ التأمين أعلى من مليون دولار أمريكي للتأمين على الحياة أو 500.000 دولار أمريكي للتأمين ضد الأمراض الحرجة أو ما يعادله يرجى استكمال استطلاع التأمين المالي للأعمال الوارد منا وإرفاقه بهذا الطلب.

قد يؤدي عدم ذكر إجابات صحيحة ودقيقة إلى عدم دفع المطالبة

التفاصيل المالية (تابع)

2c إذا كان المبلغ الإجمالي للتغطية القائم، بالإضافة إلى هذا الطلب، أكبر من 2 مليون دولار أمريكي للتأمين على الحياة، أو 500.000 دولار أمريكي للتأمين ضد الأمراض الحرجة، أو ما يعادله، يرجى إرفاق دليل على الدخل المكتسب لمصدر الدخل الرئيسي.

يرجى وضع العلامة في حال إرفاق المطلوب. (على سبيل المثال: أحدث تقرير ضرائب، شهادة من صاحب العمل، كشف رواتب آخر 3 شهور)

المؤمن على حياته الثاني

 نعم لا

الشركة
التاريخ
التفاصيل بما فيها مبلغ التأمين وسبب البوالص
هل يوجد طلب واحد يجري العمل عليه؟

المؤمن على حياته الأول (أو الوحيد)

 نعم لا

الشركة
التاريخ
التفاصيل بما فيها مبلغ التأمين وسبب البوالص
هل يوجد طلب واحد يجري العمل عليه؟

3 بصرف النظر عن الخطط المذكورة في القسم 7.2a، هل تقدمت بطلب إلى أي شركة تأمين أخرى للتأمين على الحياة العجز أو الأمراض الحرجة خلال 12 شهراً ماضية؟ أو هل أنت على وشك القيام بذلك؟

 نعم لا

الشركة
التفاصيل الكاملة بما فيها سبب قرار الرفض، اسم الشركة، ومبلغ التأمين
التاريخ

 نعم لا

الشركة
التفاصيل الكاملة بما فيها سبب قرار الرفض، اسم الشركة، ومبلغ التأمين
التاريخ

4 هل سبق لك أن تقدمت بطلب للحصول على التأمين على الحياة، التأمين ضد الأمراض الحرجة أو تأمين حماية الدخل/العجز وتم رفضه، أو طلب دفع قسط أعلى، أو فرض شروط خاصة أخرى؟

قد يؤدي عدم ذكر إجابات صحيحة ودقيقة إلى عدم دفع المطالبة

القسم 7: البيانات المالية

عند الطلب، يرجى تزويدنا بأكثر قدر ممكن من المعلومات من أجل تجنب الحاجة إلى العودة إليكم لمزيد من التوضيح. وبالنسبة لمبالغ التأمين الكبيرة، قد نحتاج إلى مزيد من الأدلة. حيثما كان ذلك ممكناً، نطلب منك إرفاق ذلك بنموذج الطلب حتى تتمكن من الاكتاب في أقرب وقت ممكن. لتحديد متطلبات الاكتاب المالي سيتم استخدام تحويلات العملات الآتية:

الدولار الأمريكي	الجنيه الإسترليني	اليورو	الدرهم الإماراتي
500.000	285.000	421.800	1.840.000
1.000.000	565.000	836.000	3.680.000
2.000.000	1.125.000	1.665.000	7.360.000
5.000.000	2.850.000	4.218.000	18.400.000

ونُذكرك بأن إجاباتك في هذا القسم تشكل جزءاً من طلبك، وقد يؤدي عدم تقديم إجابات صحيحة ودقيقة إلى عدم دفع أي مطالبة.

المؤمن على حياته الثاني

المؤمن على حياته الأول (أو الوحيد)

1 الدخل السنوي المكتسب

العملة (على سبيل المثال): الدولار الأمريكي

العملة (على سبيل المثال): الدولار الأمريكي

المبلغ المبلغ

2a المؤمن على حياته الأول (أو الوحيد)

هل لديك أي تأمين قائم على الحياة، العجز أو الأمراض الحرجة على حياتك؟
(إذا كانت الإجابة نعم يرجى ذكر التفاصيل أدناه)

نوع التغطية (مثلاً: على الحياة، أو ضد الأمراض الحرجة إلخ)	بلد التأمين	اسم شركة التأمين	مبلغ التأمين (شامل العملة)	تاريخ البدء والمدة	سبب البوليصة

المؤمن على حياته الثاني

هل لديك أي تأمين قائم على الحياة، العجز أو الأمراض الحرجة على حياتك؟
(إذا كانت الإجابة نعم يرجى ذكر التفاصيل أدناه)

نوع التغطية (مثلاً: على الحياة، أو ضد الأمراض الحرجة إلخ)	بلد التأمين	اسم شركة التأمين	مبلغ التأمين (شامل العملة)	تاريخ البدء والمدة	سبب البوليصة

2b هل يتم إلغاء أي من هذه البوالص بمجرد سريان هذا الطلب؟

نعم لا

نعم لا

مرجع الشركة والبوليصة

مرجع الشركة والبوليصة

القسم 6: بيانات الأنشطة الترفيهية

لوصف نفسك بأنتك "غير مدخن" يجب ألا تكون قد استخدمت أي شكل من أشكال التبغ أو منتجات النيكوتين خلال 12 شهراً ماضية.

المؤمن على حياته الثاني

المؤمن على حياته الأول (أو الوحيد)

لا نعم

لا نعم

(يجوز إجراء اختبارات عشوائية للتحقق من حالة غير المدخنين)

على سبيل المثال، السجائر، 20 يومياً

على سبيل المثال، السجائر، 20 يومياً

1 هل سبق لك التدخين أو استخدام أي شكل من أشكال التبغ (على سبيل المثال السجائر، السيجار، غليون التدخين، الشيشة) أو منتج النيكوتين (على سبيل المثال لصقات النيكوتين، علكة النيكوتين، السجائر الإلكترونية) خلال الـ 12 شهراً الماضية؟ إذا كانت الإجابة نعم فأني نوع استخدمته؟ وكم مرة كنت تستخدمه يومياً؟

إذا كنت قد أقلعت عن التدخين فمتى آخر مرة استخدمت فيها التبغ؟ أي نوع استخدمته وكم مرة كنت تستخدمه يومياً؟

2a هل تتناول المشروبات الكحولية؟

إذا كانت الإجابة نعم فكم وحدة تتناولها أسبوعياً؟

1 وحدة = كوب صغير من المشروبات الكحولية، أو 1 كوب من النبيذ (125ml)، أو 2/1 لتر (250ml) من البيرة.

2b هل سبق أن نصحك الطبيب أو أي ممارس طبي آخر بتقليل تناولك للكحول أو إيقافه لأسباب طبية؟ أو هل سبق لك أن شاركت في استشارة أو علاج أو برنامج يهدف لتقليل تناولك للكحول أو إيقافه؟

3 في السنوات 7 الأخيرة هل تناولت أي أدوية تُباع بلا وصفة طبية (على سبيل المثال ثنائي إيثيل أميد حمض الاليسرجيك، الإكستاسي، الكوكايين، الهيروين، القنب، المنشطات... إلخ)؟

4 هل تشارك في أي رياضة أو هواية خطيرة؟ هل تنوي أن تبدأ؟ (تسلق الجبال، ورياضة السيارات، الغوص تحت الماء، والطيران الخاص، تعد أمثله ولكن عليك ذكر أي نشاط خطير. لا تحتاج إلى ذكر الأنشطة الرياضية مثل ركوب الخيل، التزلج، كرة القدم، الرجبي، الهوكي، الكريكيت، أو رياضة المضرب)

لا نعم

لا نعم

لا نعم

لا نعم

التفاصيل

التفاصيل

التفاصيل

التفاصيل

لا نعم

لا نعم

التفاصيل

التفاصيل

القسم 5: بيانات الجنسية والسفر

المؤمن على حياته الثاني

المؤمن على حياته الأول (أو الوحيد)

1 ما هي الجنسيات التي تحملها؟

يرجى ذكرها جميعاً

إذا كنت تنوي تغيير بلد إقامتك، يرجى ذكر تفاصيلها بالكامل.

2 بلد الميلاد

3 مدينة الميلاد

4 ما هو بلد إقامتك الحالي؟

5 ما هو سندك القانوني للإقامة في بلد إقامتك الحالي (على سبيل المثال: تأشيرة إقامة دائمة)؟

6a منذ متى تعيش في بلد إقامتك الحالي؟

6b كم تنوي أن تقيم في بلد إقامتك الحالي؟ إذا كنت تنوي تغيير بلد إقامتك، يرجى ذكر تفاصيلها بالكامل.

7 أي البلاد عشت فيها وكم قضيت فيها؟

نعم لا

نعم لا

8a هل تطلبت مهنتك السفر خارج بلد إقامتك الحالي في العامين الماضيين؟

التفاصيل (تشمل البلاد، التواريخ، ومدة الإقامة)

التفاصيل (تشمل البلاد، التواريخ، ومدة الإقامة)

إذا كانت الإجابة نعم يرجى ذكر التفاصيل بما فيها تحديد البلاد التي زررتها، التواريخ، ومدة الإقامة.

نعم لا

نعم لا

8b هل تتوقع أن تتطلب مهنتك السفر خارج بلد إقامتك الحالي في المستقبل؟

التفاصيل (تشمل البلاد، التواريخ، ومدة الإقامة)

التفاصيل (تشمل البلاد، التواريخ، ومدة الإقامة)

إذا كانت الإجابة نعم يرجى ذكر التفاصيل بما فيها تحديد البلاد التي ستزورها، التواريخ، ومدة الإقامة.

قد يؤدي عدم ذكر إجابات صحيحة ودقيقة إلى عدم دفع المطالبة

القسم 4: تفاصيل الخطة

العملة المطلوبة دولار أمريكي جنيه إسترليني يورو درهم إماراتي

القسط المستحق شهري سنوي

طريق سداد القسط أمر دفع مستديم بطاقة ائتمان (لا ينطبق على بوالص الدرهم الإماراتي) شيك/ شيك مؤجل الدفع حوالة بنكية (لأقساط السنوية فقط)

يرجى الاطلاع على المعلومات الواردة في القسم 14 قبل اختيار عدد مرات سداد القسط وطريقة سداده.

A- التغطية على الحياة - مستوى مبلغ التأمين

المؤمن على حياته بالتضامن	المؤمن على حياته الثاني فقط	المؤمن على حياته الأول فقط
المدة (سنوات) <input type="text"/>	المدة (سنوات) <input type="text"/>	المدة (سنوات) <input type="text"/>
مبلغ التأمين <input type="text"/>	مبلغ التأمين <input type="text"/>	مبلغ التأمين <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> إعانة العجز الكلي والمستديم (ضع العلامة إذا اقتضى الأمر)	<input type="checkbox"/> إعانة العجز الكلي والمستديم (ضع العلامة إذا اقتضى الأمر)	<input type="checkbox"/> إعانة العجز الكلي والمستديم (ضع العلامة إذا اقتضى الأمر)
<input type="checkbox"/> المؤمن على حياته الثاني	<input type="checkbox"/> المؤمن على حياته الأول	

B- التغطية على الحياة أو الأمراض الحرجة المبكرة - مستوى مبلغ التأمين

المؤمن على حياته بالتضامن	المؤمن على حياته الثاني فقط	المؤمن على حياته الأول فقط
المدة (سنوات) <input type="text"/>	المدة (سنوات) <input type="text"/>	المدة (سنوات) <input type="text"/>
مبلغ التأمين <input type="text"/>	مبلغ التأمين <input type="text"/>	مبلغ التأمين <input type="text"/>

C- التغطية ضد الأمراض الحرجة (منفرد) - مستوى مبلغ التأمين

المؤمن على حياته بالتضامن	المؤمن على حياته الثاني فقط	المؤمن على حياته الأول فقط
المدة (سنوات) <input type="text"/>	المدة (سنوات) <input type="text"/>	المدة (سنوات) <input type="text"/>
مبلغ التأمين <input type="text"/>	مبلغ التأمين <input type="text"/>	مبلغ التأمين <input type="text"/>

D- التغطية على الحياة - مبلغ التأمين المتناقص

المؤمن على حياته بالتضامن	المؤمن على حياته الثاني فقط	المؤمن على حياته الأول فقط
المدة (سنوات) <input type="text"/>	المدة (سنوات) <input type="text"/>	المدة (سنوات) <input type="text"/>
مبلغ التأمين <input type="text"/>	مبلغ التأمين <input type="text"/>	مبلغ التأمين <input type="text"/>
سعر الفائدة <input type="text"/> %7 أو <input type="text"/> %11	سعر الفائدة <input type="text"/> %7 أو <input type="text"/> %11	سعر الفائدة <input type="text"/> %7 أو <input type="text"/> %11
<input type="checkbox"/> إعانة العجز الكلي والمستديم (ضع العلامة إذا اقتضى الأمر)	<input type="checkbox"/> إعانة العجز الكلي والمستديم (ضع العلامة إذا اقتضى الأمر)	<input type="checkbox"/> إعانة العجز الكلي والمستديم (ضع العلامة إذا اقتضى الأمر)
<input type="checkbox"/> المؤمن على حياته الثاني	<input type="checkbox"/> المؤمن على حياته الأول	

E- التغطية على الحياة أو الأمراض الحرجة المبكرة - مبلغ التأمين المتناقص

المؤمن على حياته بالتضامن	المؤمن على حياته الثاني فقط	المؤمن على حياته الأول فقط
المدة (سنوات) <input type="text"/>	المدة (سنوات) <input type="text"/>	المدة (سنوات) <input type="text"/>
مبلغ التأمين <input type="text"/>	مبلغ التأمين <input type="text"/>	مبلغ التأمين <input type="text"/>
سعر الفائدة <input type="text"/> %7 أو <input type="text"/> %11	سعر الفائدة <input type="text"/> %7 أو <input type="text"/> %11	سعر الفائدة <input type="text"/> %7 أو <input type="text"/> %11

القسم 3: المهنة

المؤمن عليه الثاني	المؤمن عليه الأول (أو الوحيد)
التفاصيل الكاملة لتشمل نسبة أوقات الدوام على الأماكن المرتفعة ومتوسط وأقصى مستويات ارتفاع يعمل فيه (إذا انطبق).	التفاصيل الكاملة لتشمل نسبة أوقات الدوام على الأماكن المرتفعة ومتوسط وأقصى مستويات ارتفاع يعمل فيه (إذا انطبق).

1a ما هي مهنتك؟
(إذا كان لديك أكثر من مهنة يرجى ذكر التفاصيل الكاملة لكل مهنة)

1b ما اسم صاحب عملك وعنوانه وطبيعة صاحب عملك (على سبيل المثال، النفط والغاز الطبيعي، الإنشاء، الخدمات المالية، إلخ)؟

1c يرجى ذكر التفاصيل إذا كنت تعمل تحت الأرض، تحت الماء، على ارتفاعات تزيد على 3 أمتار، خارج البلاد، أو أي جوانب أخرى خطيرة تخص مهنتك

تاريخ البدء

في حال تغيير أي شيء حول حالتك الصحية أو أي ظروف أخرى قبل بدئنا البوليصة التي تقدمت بطلب الحصول عليها، عليك موافقتنا بذلك فوراً. وسنؤكد خطياً مدى سريان أي شروط واردة منا من عدمه. قد يؤدي عدم إخطارنا بأي تغيير من هذا القبيل إلى بطلان البوليصة وعدم استحقاق المزايا.

سنبدأ البوليصة الخاصة بك على الفور إذا تم قبول طلبك بموجب الشروط العادية لدينا إلا إذا حددت تاريخاً أدناه ترغب في بدء البوليصة فيه أو أبلغتنا خلاف ذلك.

إذا لم يتم قبول طلبك بموجب الشروط العادية لدينا فلن تبدأ البوليصة حتى نتلقى إخطاراً خطياً بموافقتك على أي شروط معدلة نقدمها، والتعليمات الخاصة بك كي تبدأ البوليصة.

وعلينا أيضاً الحصول على القسط الأول المستحق عليك، أو أمر دفع مستديم كامل، أو تعليمات بطلاقة.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

تاريخ السريان

القسم 1: المقدمة

من المهم للغاية أن تقرأ هذا الجزء قبل استكمال نموذج الطلب

تغيير مهنتك، أو بلد إقامتك، أو ممارسة أي رياضة أو هواية خطيرة قبل بداية التغطية.

في حال موافقتنا بأي تغييرات سنؤكد خطياً مدى سرعان أيًا من تلك الشروط المذكورة من عدمه.

الشروط والأحكام

يتعين عليك طلب المشورة من المستشار المالي المعتاد الخاص بك عن مدى ملائمة الوثيقة لظروفك الخاصة.

بمجرد النظر في طلبك سوف تتلقى نسخة من شروط الوثيقة الخاصة بنا، جنباً إلى جنب مع جدول (جداول) الوثيقة الشخصية الخاصة بك. يرجى التأكد من قراءة هذه الوثيقة بالكامل خلال مدة "التهدئة"، والاحتفاظ بأي وثائق و/ أو مراسلات واردة من جانبنا.

يمكن طلب نسخة إلكترونية من شروط الوثيقة من المستشار المالي الخاص بك في أي وقت قبل الحصول على النسخة التي يتم إرسالها مع جدول (جداول) الوثيقة الخاص بك.

هام: يرجى العلم بأن شروط الوثيقة المرسلة مع جدول (جداول) الوثيقة الخاص بك سوف تسري على الوثائق الخاصة بك، ومن ثم، ينبغي الاحتفاظ بهذه الوثائق بطريقة آمنة.

يحق لك طلب الحصول على نسخة من نموذج الطلب الخاص بك في أي وقت.

إثبات الحالة الصحية

سوف نسدد فقط مقابل المعلومات الطبية التي طلبناها على وجه التحديد.

الإجابة عن أسئلة الطلب

يرجى بذل العناية المقبولة لضمان تقديم الإجابات في هذا الطلب في حدود معرفتك واعتقادك وضمان صحتها وعدم إخفاء أي حقيقة.

يرجى إدراك وقبول أن عدم الإفصاح عن حقيقة أو إعطاء معلومات زائفة قد يعطينا الحق في الإلغاء المبكر لأي بوليصة صادرة نتيجة لهذا الطلب وإلغاء أي مطالبة في المستقبل.

يرجى العلم أيضاً أنه عليك إبلاغ فريندز بروفيدينت إنترناشونال ليمتد دون تأخير بحدوث أي تغيير في حالتك الصحية أو ظروفك قبل تاريخ مخاطر الوثيقة.

يرجى تقديم جميع المعلومات والوثائق ذات الصلة حتى تتمكن من النظر في طلبك في أسرع وقت ممكن. قد يتطلب الأمر مزيداً من المعلومات أثناء عملية التحقق من صحة المعلومات (أي الأسئلة التي تنشأ عن المعلومات المقدمة).

يرجى استكمال هذا النموذج باللغة العربية، باستخدام الخط الواضح. إذا ارتكبت خطأ ما يرجى شطبها وتصحيحه لعمل أي تعديلات. يرجى عدم استخدام سائل التصحيح أو أي طريقة أخرى لحذف المعلومات غير الصحيحة.

إذا كنت تحتاج إلى مساحة أكبر لكتابة إجاباتك يرجى إرفاق ورقة إضافية بهذا النموذج، وتدوين ذلك على هذا النموذج.

1 الإفصاح عن جميع المعلومات ذات الصلة

• يرجى مساعدتنا في تقييم الطلب عن طريق تزويدنا بكل المعلومات التي نطلبها. جميع الأسئلة التي نطرحها لها علاقة بالطلب وذات أهمية. عليك في هذا الطلب الإفصاح الكامل والحقيقي عن جميع المعلومات والحقائق والظروف ذات الأهمية الجوهرية التي تكون على علم بها. تعد المعلومات أو الحقائق أو الظروف جوهرية إذا كان من شأنها أن تؤثر على حكم أي شركة تأمين في تحديد قسط أو تحديد قبول المخاطرة من عدمه. إذا لم يتم الكشف عن أي معلومات أو حقائق أو ظروف جوهرية في هذا الطلب أو قدمت أي معلومات أو حقائق أو ظروف جوهرية غير صحيحة، يجوز لنا إلغاء بوليصة التأمين، ويجوز عدم سداد المطالبة كلياً أو جزئياً. إذا كنت تشك في كون هذه المعلومات جوهرية أم لا يفضل الإفصاح عنها.

• في حال حدوث أي تغيير في حالتك الصحية أو ظروفك بعد الانتهاء من هذا النموذج وقبل أن نبدأ التغطية المطلوبة، فعليك موافقتنا بهذا التغيير على الفور.

نحن بحاجة لمعرفة أي تغييرات قد أدت إلى ردود مختلفة على الأسئلة إما: المتعلقة بنموذج الطلب أو غيره من أسئلة الاستبيان أو الناتجة عنه؛ أو من جانب أي طبيب أو ممرضة تعمل نيابة عنا. في حال موافقتنا بأي من هذا التغيير يرجى الاتصال بمكتبنا في دبي على الرقم 9714 436 2800+.

تشمل التغييرات الحصول، أو توقُّع الحصول، على استشارة أو علاج طبيب، مستشفى أو عيادة ضمن العيادات الداخلية أو الخارجية أو فحص الدم لأي سبب من الأسباب. يرجى موافقتنا فوراً في حال

تفاصيل المستشار المالي – يستكمل من قبل المستشار المالي

اسم الشركة	<input type="text"/>
رقم وكالة فريندز بروفيدينت إنترناشونال	<input type="text"/>
الهاتف	<input type="text"/>
الفاكس	<input type="text"/>
بيانات الاتصال للإقرار/ الاستعلامات المتعلقة بالطلب	<input type="text"/>
اسم جهة الاتصال	<input type="text"/>
رقم الهاتف	<input type="text"/>
عنوان البريد الإلكتروني	<input type="text"/>
رقم الخطة (إن كان معلوماً)	<input type="text"/>

يرجى الاتصال بنا للحصول على رقم خطة مخصص مسبقاً، عند الحاجة إليه.

نموذج طلب