

Bidaya Finance Credit Life Insurance

Medical Questionnaire / استبيان طبي

Please complete the form in full detail. All questions must be answered completely, prior to submitting the form.

يرجى إكمال النموذج بالتفصيل. يجب الإجابة على جميع الأسئلة تماماً بشكل مفصل، قبل إرسال النموذج.

Mortgage Amount & Tenure/ مبلغ القرض و مدة القرض _____

Existing Loan (if applicable)/ القرض القائم (إن وجد) _____

To be completed by all applicants / يجب أن تعبأ من قبل جميع مقدمي الطلبات

Applicant's Details / تفاصيل مقدم الطلب

Name / الاسم: _____

Full Address / العنوان الكامل: _____

Mobile No/ الهاتف الجوال : _____ Email address الإلكتروني : _____

Date of Birth / تاريخ الولادة: _____

Nationality / الجنسية: _____

Male / ذكر

Female / أنثى

Single / أعزب

Married / متزوج

Height / الطول: _____ CM / سم

Weight / الوزن: _____ KG / كلغ

1. Please describe in details your position and the type of work / (طبيعة العمل تفصيلاً) :
الوظيفة الحالية

2. Are you a member of the Armed Forces, the Armed Forces Reserve or the Territorial Army?
هل انت عضوا في القوات المسلحة او الجيش الاحتياطي او الجيش الاقليمي ؟

Yes / نعم

No / لا

3. Have you or any of your parents, brothers or sisters suffered from any of the following conditions? Heart Disease, Stroke, Diabetes, Cancer, Kidney Disease or any other hereditary condition before the age of 65

هل لديك أو أي من والديك أو إخوانك أو أخواتك أي من الأمراض التالية؟ أمراض القلب، والسكتة الدماغية، والسكري، والسرطان، وأمراض الكلى أو أي حالة وراثية أخرى قبل سن 65

Yes / نعم

No / لا

If yes, please give details of condition and aged when diagnosed

إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى إعطاء تفاصيل عن الحالة والعمر عند تشخيصها

Have you smoked in last 12 months? If yes, please state amount per day

هل قمت بالتدخين في ال 12 شهرا الماضية؟ إذا كان الجواب نعم، يرجى تحديد عدد المرات في اليوم الواحد

Yes / نعم

No / لا

4. Have you had any application for insurance refused, or accepted on special terms or conditions? If yes, please give details

هل تم رفض أي طلب للتأمين لك سابقاً؟ أو هل تم قبول بشكل مشروط أو بشروط خاصة لأي طلب تأمين للحياة خاص بك؟ إذا كانت الاجابة نعم، الرجاء كتابة التفاصيل

Yes / نعم

No / لا

If you answer "yes" please use space at the end of the questionnaire to provide details

إذا أجبت ب "نعم" يرجى استخدام المساحة في نهاية الاستبيان لتقديم التفاصيل

5. Have you required any time off work, for any illness or injury in the past 5 years, for a period of one week or more?

هل عانيت من أي مرض أو إصابة في السنوات الخمسة الماضية مما أدى إلى منحك إجازة مرضية من العمل لمدة أسبوع أو أكثر؟

Yes / نعم

No / لا

6. Are you currently taking any regular medication either prescribed or un prescribed?

هل تتناول حالياً أي دواء بصفة اعتيادية سواء بوصفة طبية، أو بدون وصفة طبية؟

Yes / نعم

No / لا

I hereby declare and confirm that the information in this form is true and accurate. Failing to provide accurate information may affect validation of any future claim.

I accept that Wataniya Insurance Company has the right to accept or reject my application based on the medical screening assessment and is at liberty to share the reason (along with supporting medical results) for the decision with Bidaya Finance, if necessary. Wataniya Insurance Company may take up to five business days from the date the medical tests are done, to inform Bidaya Finance of the decision.

بهذا أقر وأتعهد بصحة ودقة المعلومات الواردة في هذا الاستبيان. وفي حال عدم دقتها وصحتها من المحتمل التأثير على قبول أي مطالبة مستقبلية.

كما أوافق على أن شركة الوطنية للتأمين لها الحق في قبول أو رفض طلبي بناء على تقييم الفحص الطبي، ولها الحرية في مشاركة السبب (إلى جانب النتائج الطبية الداعمة) لإتخاذ القرار مع بداية للتمويل إذا لزم الأمر. قد يستغرق الوقت الإجمالي للشركة الوطنية للتأمين ما يصل إلى خمسة أيام عمل من تاريخ إجراء الفحوصات الطبية لإبلاغ بداية للتمويل بالقرار.

Yes / نعم

No / لا

Please use the following box for providing further detail to "yes" answer, if required

يرجى استخدام المربع التالي لتقديم مزيد من التفاصيل إلى أي سؤال تمت الاجابة عليه بـ "نعم" ، إذا لزم الأمر

<p>Signature of the applicant / توقيع طالب التأمين /</p> <p>Date / التاريخ:</p> <p>فاهدى</p>