

Questionnaires to be completed by Borrowers for life insurance cover

Fax to 24702922

Policy No.

24702922 ترسل الفاكس رقم

Name of Bank: National Bank of Oman

Branch

Fax No.

Name of Borrower:

Date of Birth:

Amount of Loan:

Loan Repayment Period

Occupation of Borrower:

ID Card No.:	رقم البطاقة الشخصية:
Address P.B. No.:	العنوان : ص ب
P. C.:	الرمز البريدي :
Employer:	اسم جهة التوظيف :

رقم سند التأمين

اسم البنك

الفرع

اسم المقترض:

تاريخ الميلاد:

مبلغ القرض:

فترة سداد القرض:

مهنة المقترض:

أسئلة يجب عليها مقدم طلب القرض:

PLEASE ANSWER ALL QUESTIONS TRUTHFULLY

يرجى الإجابة على كل الأسئلة بأمانة وصدق.

The answers given below will form the basis of the insurance cover. Kindly note that any false declarations in this form will invalidate the insurance cover.

تشكل الإجابة أساس التغطية التأمينية ويرجى ملاحظة أن الإدلاء بأي بيانات خاطئة أو مضللة سيؤدي إلى إلغاء هذه التغطية التأمينية.

Answer yes /no. Give details if answer is yes

Question	Answer yes /no	Question
1. Have you ever had a medical condition such as any form of Heart disease, stroke, cancer, diabetes, mental illness, Hepatitis, HIV infection or AIDS?		1 - هل سبق وعانيت من مشاكل صحية كبيرة مثل أمراض القلب، صدمة أو جلطة مخية، السرطان، التهاب الكبد أو مرض عقلي؟
2. Do you or have you ever suffered from any chronic or long term medical condition such as diabetes, hypertension, elevated cholesterol colitis, kidney disease or HIV / AIDS?		2 - هل سبق وأن عانيت من أي أمراض مستعصية أو مزمنة مثل السكري، الضغط، ارتفاع نسبة الكوليسترول، أمراض باطنية، أمراض الكلى أو مرض الإيدز؟
3. Have you within the last 2 years taken any form of medication for more than 14 consecutive days to treat an illness or disease?		3 - هل سبق وأن تعاطيت أي علاج خلال السنتين الماضيتين لأكثر من 14 يوم متتالية لعلاج أي مرض؟
4. Have you been absent from work or taken leave on health grounds for more than 10 days during the last 12 months?		4 - هل تغيبت عن العمل أو أخذت إجازة مرضية لأكثر من 10 أيام خلال الـ 12 شهر الماضية؟
5. Have you consulted any medical practitioner within the last 12 months for any condition other than minor impairments such as colds or flu?		5 - هل قمت باستشارة أي طبيب خلال الـ 12 شهر الماضية لأي سبب غير الأمراض البسيطة مثل البرد و الزكام؟
6. Do you have any reason to believe that you are not in good health?		6 - هل يوجد لديك أي اعتقاد يجعلك تشعر أنك لست في صحة جيدة؟

I declare that to the best of my knowledge and belief the above statements are true.

أقر بأن الإفادات أعلاه حقيقية وصحيحة حسب علمي واعتقادي وأدرك أن المؤمن سيقبل الإقرار أعلاه بحسن نية وإذا ثبت أن هذا الإقرار غير صحيح أو يحجب أي معلومات جوهرية تتعلق بحالتي الصحية، فإن المؤمن لن يكون ملزماً بدفع مبلغ القرض.

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

كما أدرك أيضاً أنه بالنسبة لتغطية العجز الكلي الدائم يتم استبعاد الحالات المرضية القائمة إذا كانت هناك إصابة بأي أمراض خطيرة في السابق بسبب حادث أو مرض أو إعاقة خلقية أو مرض نفسي جرت معالجته قبل تاريخ القرض.

I am also aware that for the permanent Total Disability cover, pre-existing conditions of ill health are excluded. I agree that in case of any previous serious medical history due to accident or sickness or for any congenital disabilities or psychiatric illness, the disability insurance cover is excluded.

كما أنه لا يوجد لدي أي مانع من قيام الشركة الوطنية للتأمين على الحياة بطلب الحصول على أي تقارير طبية من أي مستشفى عن تاريخي الصحي.

I have no objection to National Life obtaining any medical records from any hospitals regarding my medical history.

Date التاريخ

Signature of Life Assured توقيع المؤمن على حياته

Attestation by Manager صدق عليه من قبل بنك

NB: 1) In case Health Declaration form contains information with regard to adverse health; medical requirements should be called before cover is confirmed. Kindly note to inform the customer that any wrong declaration shall result in cancellation of total insurance cover.

ملاحظة: (1) إذا كانت استمارات إقرار الحالة الصحية تحتوي على معلومات تتعلق بأحوال صحية غير ملائمة يتوجب استيفاء المتطلبات الطبية قبل إقرار التغطية. يجوز للبنك إخطار العميل بأن أي إقرارات خاطئة ستؤدي إلى إلغاء التغطية التأمينية.

National Life Insurance Company SAOC

P.O. Box: 798, Postal Code 117, Wadi Kabir, Sultanate Oman

Tel.:(968) 24793666 Fax: (968) 24795222

e-mail: natlif@nlicgulf.com Web: www.nlicgulf.com

C.R No.: 1/48787/6 – ICR No. 23



An ISO-9002 Certified Company

الشركة الوطنية العمانية للتأمين على الحياة ش.م.ع.م.

ص ب 798، الرمز البريدي 117، الوادي الكبير، سلطنة عمان

هاتف: (968)24793666 ، فاكس: (968)24795222

البريد الإلكتروني: natlif@nlicgulf.com الموقع: www.nlicgulf.com

س.ت: 1/48787/6 - رقم التأمين: 23