

## FAMILY TAKAFUL

## تكاful العائلة

### MEDICAL QUESTIONNAIRE

### استبيان طبي

Please complete this form using black or blue ink. Write in **BLOCK LETTERS** and tick the relevant items. If your application is incomplete, it might cause a delay. Kindly ensure that you submit a fully filled form together with the signed illustration. The proposed covered member and participant are required to disclose all information requested. Please retain a copy of this proposal form and other correspondences with us for your future reference.

يُرجى تعبئة هذا النموذج باستخدام حبر أسود أو أزرق. اكتب بأحرف كبيرة وضع علامة على البنود ذات الصلة. في حالة عدم اكتمال طلبك، قد يتسبب ذلك في تأخير. يُرجى الحرص على تقديم نموذج مستوفي بالكامل مع الرسم التوضيحي الموقع. يتعين على العضو والمشارك المشمولين بالتغطية المقترحين الإفصاح عن كافة المعلومات المطلوبة. يُرجى الاحتفاظ بنسخة من نموذج المقترح المائل والمراسلات الأخرى المتبادلة معنا للرجوع إليها في المستقبل.

| 1. General Details                                                                                                                                                                                      |                                                                                | ١. بيانات عامة                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Male <input type="checkbox"/> ذكر      Female <input type="checkbox"/> أنثى      Ms. <input type="checkbox"/> آنسة      Mrs. <input type="checkbox"/> سيدة      Mr. <input type="checkbox"/> سيد</p> |                                                                                |                                                                                                    |
| 1. Name                                                                                                                                                                                                 | <p>First Name: <input type="text"/></p> <p>Last Name: <input type="text"/></p> | <p>١. الاسم</p> <p>الاسم الأول: <input type="text"/></p> <p>الاسم الأخير: <input type="text"/></p> |
| 2. Date of Birth                                                                                                                                                                                        | <input type="text"/>                                                           | ٢. تاريخ الميلاد <input type="text"/>                                                              |
| 3. Job Description                                                                                                                                                                                      | <input type="text"/>                                                           | ٣. الوصف الوظيفي <input type="text"/>                                                              |

| 2. Medical Questionnaire                                                                                                                |                                                                               | ٢. استبيان طبي                                                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>For all questions answered 'Yes', please provide more details in Section 3.</p>                                                      |                                                                               |                                                                                                                            |
| <p>بالنسبة لجميع الأسئلة التي أجبت عليها بـ «نعم»، يُرجى تقديم المزيد من التفاصيل في القسم ٣.</p>                                       |                                                                               |                                                                                                                            |
| 1. What is your Height                                                                                                                  | cm <input type="text"/>                                                       | ١. ما طولك سم <input type="text"/>                                                                                         |
| 2. What is your Weight                                                                                                                  | kg <input type="text"/>                                                       | ٢. ما وزنك كجم <input type="text"/>                                                                                        |
| 3. Has any of your parents, brothers or sisters had any hereditary disorders, high blood pressure or diabetes prior to 60 years of age? | <p>Yes <input type="checkbox"/> نعم</p> <p>No <input type="checkbox"/> لا</p> | ٣. هل عانى أي من والديك أو إخوانك أو أخواتك من أية اضطرابات وراثية أو من ارتفاع ضغط الدم أو داء السكري قبل بلوغ سن الستين؟ |
| 4. Are you at present not in good health and not capable of doing daily tasks?                                                          | <p>Yes <input type="checkbox"/> نعم</p> <p>No <input type="checkbox"/> لا</p> | ٤. هل أنت حالياً بحالة صحية سيئة وغير قادر على أداء المهام اليومية؟                                                        |
| 5. Has your weight changed in the last 12 months?                                                                                       | <p>Yes <input type="checkbox"/> نعم</p> <p>No <input type="checkbox"/> لا</p> | ٥. هل تغير وزنك خلال الـ ١٢ شهراً الماضية؟                                                                                 |
| 6. During the past five (5) years, have you been unable to work for more than 30 consecutive days?                                      | <p>Yes <input type="checkbox"/> نعم</p> <p>No <input type="checkbox"/> لا</p> | ٦. خلال السنوات الخمس (٥) الماضية، هل تعذر عليك العمل لمدة تزيد عن ٣٠ يوماً متتالياً؟                                      |

| 2. Medical Questionnaire (continued)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | استبيان طبي (تابع)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 7. Have you smoked in the last 12 months? If yes, please state the type of smoke (cigarettes / shisha etc.) and how many per day.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | ٧. هل دخن في الأشهر الـ ١٢ الماضية؟ إذا كانت الإجابة بنعم، يُرجى تحديد نوع الدخان (سجائر/شيشة، إلخ) وعدد المرات يوميًا.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Yes <input type="checkbox"/> نعم                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | No <input type="checkbox"/> لا                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 8. Do you drink alcohol?<br>If yes, please state type & amount per day.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | ٨. هل تشرب الكحول؟<br>إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى تحديد النوع والكمية يوميًا.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Yes <input type="checkbox"/> نعم                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | No <input type="checkbox"/> لا                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 9. During the past five (5) years, have you consulted or been examined or been treated by any physician or health practitioners, had an X-ray, ECG or any laboratory tests, had observation or treatment in any hospital or other medical facility or been advised to have surgical operation?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | ٩. خلال السنوات الخمس (٥) الماضية، هل استشرت أو خضعت لفحص أو تلقيت علاجًا من أي طبيب أو ممارس صحي، أو خضعت لفحص بالأشعة السينية أو تخطيط القلب أو أية فحوصات مخبرية، أو خضعت للملاحظة أو العلاج في أي مستشفى أو منشأة طبية أخرى، أو نُصحت بإجراء عملية جراحية؟                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Yes <input type="checkbox"/> نعم                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | No <input type="checkbox"/> لا                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 10. Have you ever had or been told you had Epilepsy, nervous breakdown or any disorder of the brain or nervous system, high blood pressure, chest pain, stroke or heart disorder; asthma, chronic cough, or any lung problem, Indigestion, ulcer, colitis, chronic or recurrent diarrhea or any disorder of the digestive system, diabetes, or any disorder of the kidneys, liver or urinary system; rheumatic fever, arthritis, gout, or any joint or bone disorder, Cancer, tumor, enlarged gland or blood disorder, unexplained recurrent or persistent fever, weight loss or any skin disorder, any sexual transmitted disease (e.g. syphilis, gonorrhea) or viral disease (e.g. Hepatitis B, AIDS), any other illness, injury, disability, deformity or physical defect in any part of your body not mentioned above? | ١٠. هل سبق لك أن أصبت أو أُبلغت بأنك مصاب بالصرع أو الانهيار العصبي أو أي اضطراب في الدماغ أو الجهاز العصبي أو ارتفاع ضغط الدم أو ألم في الصدر أو السكتة الدماغية أو اضطراب في القلب؛ أو الربو أو السعال المزمن أو أية مشكلة في الرئة أو عسر الهضم أو القرحة أو التهاب القولون أو الإسهال المزمن أو المتكرر أو أي اضطراب في الجهاز الهضمي أو داء السكري أو أي اضطراب في الكليتين أو الكبد أو الجهاز البولي؛ أو الحمى الروماتيزمية أو التهاب المفاصل أو النقرس أو أي اضطراب في المفاصل أو العظام أو السرطان أو الأورام أو تضخم الغدد أو اضطرابات الدم أو الحمى المتكررة أو المستمرة غير المبررة أو فقدان الوزن أو أي اضطراب جلدي أو أي مرض منقول جنسيًا (مثل الزهري أو السيلان) أو مرض فيروسي (مثل التهاب الكبد ب أو الإيدز) أو أي مرض آخر أو إصابة أو عجز أو تشوه أو عيب جسدي في أي جزء من جسمك لم يُذكر أعلاه؟ |
| Yes <input type="checkbox"/> نعم                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | No <input type="checkbox"/> لا                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 11. Have you ever received treatment with any blood products or undergone blood transfusion or are you currently receiving any form of medical treatment or intend to seek medical advice, treatment, or any medical tests or surgical operation in the near future?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | ١١. هل سبق لك أن تلقيت علاجًا بأي مشتقات الدم أو خضعت لنقل دم، أو أنك تتلقى حاليًا أي نوع من العلاج الطبي، أو تنوي طلب استشارة طبية أو علاج أو إجراء أية فحوصات طبية أو عملية جراحية في المستقبل القريب؟                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Yes <input type="checkbox"/> نعم                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | No <input type="checkbox"/> لا                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 12. Have you ever taken drugs other than for medical purposes?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | ١٢. هل سبق لك أن تناولت عقاقير لأغراض غير طبية؟                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Yes <input type="checkbox"/> نعم                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | No <input type="checkbox"/> لا                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 13. Do you or are you likely to pilot an aircraft or engage in any private flying, sky/skin/scuba diving, motorcycle/ car/motorboat racing, mountain/rock climbing, bungee jumping, parachuting, or similar hazardous activities?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | ١٣. هل تقود حاليًا أو من المحتمل أن تقود طائرة أو تمارس أي نوع من الطيران الخاص أو القفز الحر/الغوص الحر/الغوص تحت الماء أو سباق الدراجات النارية/السيارات/الزوارق السريعة أو تسلق الجبال/الصخور أو القفز بالجبال أو القفز بالمظلات أو أنشطة خطيرة مماثلة؟                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Yes <input type="checkbox"/> نعم                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | No <input type="checkbox"/> لا                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 14. Do you have any existing Life or Critical illness cover (approved, postponed, declined or not accepted on normal terms)?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | ١٤. هل لديك أية تغطية تأمينية حالية على الحياة أو ضد الأمراض الخطيرة (موافق عليها أو مؤجلة أو مرفوضة أو غير مقبولة بالشروط العادية)؟                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Yes <input type="checkbox"/> نعم                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | No <input type="checkbox"/> لا                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

### 3. Additional Details

### ٣. بيانات إضافية

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

### 4. Declaration

### ٤. إقرار

I declare that I have answered all the questions in this questionnaire after clearly understanding them and that I have duly signed this form at required places. I confirm to have fully understood the nature of the questions and the importance of disclosing all information while answering such questions. I declare that the answers given by me to all questions in the questionnaire are true and complete in every respect and that I have not withheld any material information or suppressed any material fact. I confirm that I clearly understand that in case of any misstatement, misrepresentation and/or suppression of any data and/or information and/or where I do not inform Sukoon Takaful PJSC ("Sukoon Takaful") of any changes in information provided in this questionnaire, the Company has the right to repudiate any and all claim(s) under any policy if issued based on this questionnaire and/ or at sole discretion of the Company to consider any issued policy based on this questionnaire as void. I hereby authorize Sukoon Takaful to contact me anytime and through any medium (phone, email, SMS etc.) for purpose of obtaining more information about this proposal form and/or for keeping me informed about their other products and/or promotion activities. I hereby also authorize my past/present employer/business associates, medical practitioner(s)/hospitals/ laboratories/ medical providers, insurance companies, financial institutions to release to Sukoon Takaful all details, records, facts and information (including medical details, KYC records, AML-CTF & FATCA details) as required anytime by Sukoon Takaful for assessment of risk and/or for processing of claims if subsequently an insurance policy is issued based on this proposal form. This proposal form shall be a part of the insurance policy in case of its acceptance by the Company. I further unconditionally consent and authorize you to store, process and/or disclose/transfer my personal information as may be required to issue, underwrite, administer and/or process my proposal/policy/claims, etc. (as may be applicable) including but not limited to third party administrators, medical providers, reinsurers, service providers etc. whether within or outside the UAE.

أقر بأنني قد أجبت على جميع الأسئلة الواردة في هذا الاستبيان بعد فهمها بوضوح، وأني قد وقعت على هذا النموذج في الأماكن المطلوبة. أؤكد أنني قد فهمت تمامًا طبيعة الأسئلة وأهمية الإفصاح عن كافة المعلومات عند الإجابة على هذه الأسئلة. وأقر بأن الإجابات التي قدمتها على كافة الأسئلة الواردة في الاستبيان صحيحة وكاملة من جميع النواحي، وأني لم أحجب أية معلومات جوهرية أو أخف أي حقائق جوهرية. أؤكد أنني أفهم بوضوح أنه في حالة وجود أي خطأ أو تحريف أو إخفاء لأية بيانات و/أو معلومات و/أو في حالة عدم إبلاغ سكون تكافل (ش.م.ع) («سكون تكافل») بأية تغييرات في المعلومات الواردة في هذا الاستبيان، يحق للشركة رفض أية مطالبة/مطالبات بموجب أية بوليصة تصدر بناءً على هذا الاستبيان و/أو يحق للشركة، وفقًا لتقديرها الخاص، اعتبار أية بوليصة تصدر بناءً على هذا الاستبيان باطلة. أفوض بموجب ذلك سكون تكافل بالاتصال بي في أي وقت ومن خلال أية وسيلة (هاتف، بريد إلكتروني، رسالة نصية قصيرة، إلخ) بغرض الحصول على مزيد من المعلومات حول نموذج المقترح المائل و/أو لإقائي على اطلاع على منتجاتها الأخرى و/أو أنشطتها الترويجية. أفوض بموجب ذلك أيضًا صاحب العمل/شركاء العمل السابقين/الحاليين أو الأطباء/المستشفيات/المختبرات/مقدمي الخدمات الطبية أو شركات التأمين أو المؤسسات المالية بتزويد سكون تكافل بكافة البيانات والسجلات والحقائق والمعلومات (التي تشمل البيانات الطبية وسجلات اعراف عميلك وتفاصيل مكافحة غسل الأموال وتمويل الإرهاب وتفاصيل الامتثال الضريبي للحسابات الأجنبية) حسبما تطلبه سكون تكافل في أي وقت لتقييم المخاطر و/أو معالجة المطالبات، وذلك في حالة إصدار بوليصة تأمين لاحقًا بناءً على نموذج المقترح المائل. يعتبر نموذج المقترح المائل جزءًا من بوليصة التأمين في حال قبول الشركة له. كما أنني أوافق دون قيد أو شرط وأفوضكم بتخزين ومعالجة و/أو الإفصاح عن/نقل معلوماتي الشخصية حسبما يقتضي الأمر لإصدار أو اكتتاب أو إدارة و/أو معالجة المقترح/البوليصة/المطالبات الخاصة بي، وما إلى ذلك (حسب الاقتضاء)، ويشمل ذلك على سبيل المثال لا الحصر، الإداريين ومقدمي الخدمات الطبية وشركات إعادة التأمين ومقدمي الخدمات من أطراف ثالثة، سواء داخل دولة الإمارات أو خارجها.

Name

الاسم

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

Date (dd/mm/yy)

التاريخ (يوم/شهر/سنة)

Signature

التوقيع

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|