



الاستمارة طلب تأمين الحياة الفردي

Individual Life Insurance Proposal Form

1		بيانات طالب التأمين		1
Given Name:	الاسم الكامل :	Surname:	اللقب :	Sex: الجنس :
				<input type="radio"/> Male ذكر <input type="radio"/> Female أنثى
Date of Birth:	تاريخ الميلاد :	Marital Status:	الحالة الاجتماعية :	ID No: رقم بطاقة الاحوال المدنية:
Nationality:	الجنسية :	Country of Birth:	بلد الميلاد :	Passport No: رقم جواز السفر:
Job:	الوظيفة :	Place of Work:	مكان العمل :	Monthly Salary: الراتب الشهري :
Annual Income:	الدخل السنوي :	Home Tel No:	رقم تليفون المنزل :	Work Tel No: رقم تليفون العمل :
Mobile No.:	رقم الجوال :	E-mail:	البريد الالكتروني:	

Please give full particulars of the nature of duties, condition of work, surroundings, etc below

يرجى ذكر كل التفاصيل عن طبيعة الأعمال والواجبات وعن ظروف العمل ومحيطه الخ.....أدناه

2		عنوان طالب التأمين		2
P. O. Box:	ص . ب :	Zone:	المنطقة :	Building: المبنى :
Street:	الشارع :	City:	المدينة :	Country: البلد :

1/6

Republic of Yemen

HEAD OFFICE: المركز الرئيسي
Zubairy St. Al Saeed Commercial Buliding
Sana'a Yemen (R.Y) P.O. Box : 1883
Tel :+ 967 -1- 555 555
Fax :+ 967 -1- 214 012

TAIZ تعز
P.O Box. 6295
Tel. (04)215012
FAX: (04) 215145

ADEN عدن
P.O Box. 80169
Tel. (02)222555
FAX: (02) 240972

HODEIDAH الحديدة
P.O Box. 3876
Tel. (03)206485
FAX: (03) 206486

MUKALLA المكلا
P.O Box. 50644
Tel. (05)305051
FAX: (05) 304845

Ibb إب
P.O Box. 7456
Tel. (04)458000
FAX: (04) 457751

الجمهورية اليمنية



3	Details of Insurance Cover	تفاصيل الغطاء التأميني	3
----------	-----------------------------------	-------------------------------	----------

Term (Years) <small>مدة التأمين (سنوات)</small>	Sum Insured <small>مبلغ التأمين</small>	Currency <small>العملة</small>
---	---	--------------------------------

Life Basic Benefit :Death All Causes المنفعة الاساسية للحياة : الوفاة لأي سبب

Please choose ancillary benefits of cover يرجى اختيار منافع التغطيات الاضافية

Accidental Death	<input type="radio"/> Yes نعم <input type="radio"/> No لا	الوفاة بحادث
Permanent Total Disability(Accidents)	<input type="radio"/> Yes نعم <input type="radio"/> No لا	العجز الكلي الدائم بحادث
Permanent Partial Disability (Accidents)	<input type="radio"/> Yes نعم <input type="radio"/> No لا	عجز الجزئي الدائم بحادث
Temporary Total Disability (Accidents)	<input type="radio"/> Yes نعم <input type="radio"/> No لا	العجز الكلي المؤقت بحادث
Medical Expenses (Accidents)	<input type="radio"/> Yes نعم <input type="radio"/> No لا	المصاريف الطبية بحادث

4	Name and address of the beneficiary/ies	إسم وعنوان المستفيد / المستفيدين	4
----------	--	---	----------

Name <small>الاسم</small>	صلته القرابية <small>Relationship</small>	Sex <small>الجنس</small>	Age <small>العمر</small>

Other: آخر

5	History of Insurance	السجل التأميني	5
----------	-----------------------------	-----------------------	----------

Have you ever been insured in this or any other Company? If YES, please state below: هل سبق لك أن اشتريت وثيقة تأمين تكافل أو حياة في هذه الشركة ، أو أية شركة أخرى ؟ اذا كان الجواب "نعم" يرجى بيان التالي :

Yes نعم No لا

Name of Company <small>اسم الشركة</small>	Amount <small>مبلغ التأمين</small>	Policy Type <small>نوع الوثيقة</small>	Dated <small>تاريخ صدورها</small>	Remarks <small>ملاحظات</small>

Have you ever proposed for Takaful or Life insurance or submitted an application for revival of an old similar policy to this or any other Company, which resulted in: هل قدمت إلى هذه الشركة أو إلى أية شركة أخرى طلباً للتأمين على التكافل أو الحياة، أو لإحياء عقد تأمين قديم مماثل ،وننتج أن

Formally or informally dropped ?	<input type="radio"/> Yes نعم <input type="radio"/> No لا	رفض بطريقة رسمية أو غير رسمية؟
Deferred or declined?	<input type="radio"/> Yes نعم <input type="radio"/> No لا	أجل النظر فيه أو رفض قبوله أو تجديده؟
Accepted with an extra premium?	<input type="radio"/> Yes نعم <input type="radio"/> No لا	قبل بأقساط إضافية؟
Accepted on terms otherwise than those proposed?	<input type="radio"/> Yes نعم <input type="radio"/> No لا	قبل بشروط غير الشروط المقترحة؟

If YES, please state below اذا كان الجواب نعم يرجى التحديد أدناه:

6 Female Only		السيدات فقط		6
1- If you are married, please state below			1- إذا كنت متزوجة يرجى بيان التالي:	
Husband's full name اسم الزوج كاملا	His Occupation وظيفته	His monthly income راتبه الشهري		
2- Is your husband insured with this or any other Company? If YES, Please state below:		2- هل زوجك مؤمن في هذه الشركة أو أية شركة أخرى؟ إذا كان الجواب نعم يرجى بيان التالي:		
Name of Company اسم الشركة	Amount مبلغ التأمين	Policy Type نوع الوثيقة		
7 Habits		العادات والهوايات		7
a)	Do you smoke cigarettes / cigars? If Yes, state daily consumption	هل تدخن السجائر / السيجار؟ إذا كان الجواب نعم ، يرجى توضيح معدل الاستهلاك اليومي		(أ)
	Number of sticks per day	عدد السجائر في اليوم		
	Smoking for how many years	عدد سنوات التدخين		
	If No, have you smoked any kind of tobacco in the past 12 months	إذا كان الجواب لا هل قمت بتدخين أي نوع من أنواع التبغ خلال الاثني عشر شهر الماضية		
b)	Do you take alcohol? If Yes state the type and quantity consumed	هل تتعاطى المشروبات الكحولية ؟ إذا كان الجواب نعم يرجى بيان النوع ومعدل الاستهلاك؟		(ب)
	Alcohol Type	نوع المشروب الكحولي		
	Daily consumption	معدل الاستهلاك اليومي		
c)	Are you now a member of any military forces?	هل أنت عضو في أي قطاع عسكري حاليا؟		(ج)
d)	Do you contemplate engaging in any: private flying, diving, sky diving, rock/mountain climbing, racing or any hazardous sports or flying other than as a fare paying passenger on a regular schedule airline? If Yes , please specify below:	هل تفكر بالالتحاق بأي من النشاطات التالية: الطيران الخاص الغوص، القفز المظلي، تسلق الصخور/الجبال، السباق أو أية رياضة خطيرة أخرى أو الطيران عدا عن راكب بأجر على نظامية مجدولة؟ إذا كان الجواب نعم يرجى التحديد أدناه		(د)
8 Health		الحالة الصحية		8
1 - a)	Has any of your relations , living or dead suffered from insanity, Epilepsy, Gout, Asthma, Tuberculosis, Cancer, Leprosy, Diabetes Hemophilia, or any other hereditary disease?	هل أصيب أحد من أقاربك ، الأحياء أو الأموات ،بالجنون أو التشنج أو داء النقرس أو الربو أو السل أو السرطان أو الجذام أو السكري أو النزف الدموي أو بأي مرض وراثي آخر؟		1- (أ)
b)	Have you lived during the past three years with any person suffering from Tuberculosis, Leprosy or any other infectious disease?	هل عشت، خلال السنوات الثلاث الماضية، مع أي شخص مصاب بالسل أو الجذام أو أي مرض معد آخر؟		(ب)
2 - a)	Have you had smallpox?	هل أصبت بالجدرى؟		2- (أ)
b)	Have you been vaccinated successfully for smallpox?	هل لقحت ضد الجدرى وعمل اللقاح مفعوله؟		(ب)

3 -	Do you use or have you ever used Alcoholic Drinks or any Narcotic Drugs?	<input type="radio"/> Yes نعم <input type="radio"/> No لا	هل تتعاطى؟ أو سبق أن تعاطيت المشروبات الكحولية أو المخدرات؟
4 -	a) What has been your usual state of health?		ماهي حالتك الصحية الإعتيادية؟ (أ)
	b) Have you any bodily defect or deformity?	<input type="radio"/> Yes نعم <input type="radio"/> No لا	هل أنت مصاب بعاهة أو عيب جسمي؟ (ب)
	c) Is your weight stationary, increasing or decreasing?	<input type="radio"/> Yes نعم <input type="radio"/> No لا	هل وزنك مستقر أو في زيادة أو في نقصان؟ (ج)
	d) Did you consult a medical practitioner within the last five years and for what complaint?	<input type="radio"/> Yes نعم <input type="radio"/> No لا	هل استشرت طبيباً خلال السنوات الخمس الماضية وما كنت تشكو؟ (د)
5 -	a) Have you ever had an electrocardiography X-Ray or fluoroscopic examination made or your blood or urine examined?	<input type="radio"/> Yes نعم <input type="radio"/> No لا	هل فحص أحد الأطباء قلبك بالتخطيط الكهربائي أو جسمك بالأشعة الكهربائية أو فحص دم أو بول؟ إذا كان نعم فأذكر التفاصيل كاملة؟ (أ)
	b) Have you ever passed blood, pus, albumen or sugar in the urine?	<input type="radio"/> Yes نعم <input type="radio"/> No لا	هل حدث أن أفرزت مع بولك دم أو قيح أو زلال أو سكر؟ (ب)
	c) Have you ever been in any hospital, asylum, or sanitarium for check-up, observation, treatment or an operation?	<input type="radio"/> Yes نعم <input type="radio"/> No لا	هل دخلت مستشفى أو مأوى المجانين أو مصح للفحص أو الملاحظة أو المعالجة أو لإجراء عملية جراحية؟ (ج)
	d) Did you ever have any operation, accident or injury?	<input type="radio"/> Yes نعم <input type="radio"/> No لا	هل أجريت لك أي عملية جراحية، أو أصبت بأي طارئ أو أذى؟ (د)
6-	Have you ever suffered from any of the following ailments?		هل سبق لك أن أصبت بأي علة من العلل الآتية
	a) Giddiness, Fits Neurasthenia, Neuralgia, Paralysis, Insanity, Nervous Breakdown or any other disease of the brain or nervous system?	<input type="radio"/> Yes نعم <input type="radio"/> No لا	الدوخة أو النوبة أو النيروستينيا أو ألم الأعصاب أو الشلل أو الجنون أو الإتهيار العصبي أو أي مرض آخر من أمراض العقل أو الجهاز العصبي؟ (أ)
	b) Persistent Cough, Asthma, Pneumonia, Pleural, Pitting of Blood, Tuberculosis or any other affection of lungs?	<input type="radio"/> Yes نعم <input type="radio"/> No لا	السعال المستمر أو الربو أو ذات الرئة أو ذات الجنب أو بصق الدم أو السل أو أية إصابات الرئة الأخرى؟ (ب)
	c) Fainting attacks, Pain in Chest, Breathlessness, Palpitation or any Disease of Heart or Blood Vessels?	<input type="radio"/> Yes نعم <input type="radio"/> No لا	الأغماء أو ألم الصدر أو ضيق النفس أو خفقات القلب أو أي مرض من أمراض القلب أو الأوعية الدموية؟ (ج)
	d) Sprue, Jaundice, Anemia, Piles, Dysentery, Dyspepsia, Abdominal pain, Appendicitis, or any disease of Stomach, Liver, Spleen or Intestines?	<input type="radio"/> Yes نعم <input type="radio"/> No لا	إسهال البلاد الحارة أو اليرقان أو فقر الدم أو البواسير أو الدسنتاريا أو التخممة أو ألم البطن أو ألم الزائدة الدودية أو أي مرض من أمراض المعدة أو الكبد أو الطحال أو الأمعاء؟ (د)
	e) Any skin eruption? If yes, state its nature	<input type="radio"/> Yes نعم <input type="radio"/> No لا	أي مرض من أمراض الجلد؟ إن إيجاباً أذكر طبيعته؟ (هـ)
	f) Hernia, Hydrocele, Varicose, Fistula or varicose veins?	<input type="radio"/> Yes نعم <input type="radio"/> No لا	الفتق أو الإستسقاء أو القيلة الدوالية أو الناسور أو تورم الأوردة (و)
	g) Any affection of kidney or bladder, Dropsy, Rheumatism, Gout, Gonorrhea, Syphilis or any other venereal disease?	<input type="radio"/> Yes نعم <input type="radio"/> No لا	أي مرض من أمراض الكلية أو المثانة أو الإستسقاء أو وجع المفاصل أو النقرس أو مرض السيلان (التعقيبية) أو السفلس أو أي مرض تناسلي آخر؟ (ز)
	h) Any disease of the ear, nose, throat or eyes including defective sight or hearing or discharge from the ear.	<input type="radio"/> Yes نعم <input type="radio"/> No لا	أي مرض من أمراض الأذن أو الأنف أو الحلق أو العين بما فيها خلل النظر أو السمع أو الإفراز من الأذن (ح)
	i) Malaria, Typhoid, Influenza, Kala-azar, Filariasis or any other fever lasting for a week?	<input type="radio"/> Yes نعم <input type="radio"/> No لا	المالاريا أو حمى التيفونيد أو الإنفلونزا أو الطحال أو داء الخيطيات أو أية حمى أخرى تلازم سبعة أيام؟ (ط)
	j) Any other illness within the last five years requiring medical treatment for more than a week?	<input type="radio"/> Yes نعم <input type="radio"/> No لا	أي مرض آخر خلال السنوات الماضية أقتضى المعالجة مدة أطول من أسبوع؟ إن إيجاباً فأذكر المدة والعلاج. (ي)
4/6			
7-	Are you of sober and temperate habits?		هل أنت ذو طبيعة إنفعالية أو طبيعة هادنة؟ -7

8 -	<p>If any of the questions (from 1 to 6 in Section 8 above) is answered YES, give full particulars ,including nature of disease or illness, relevant dates, duration, name and address of doctors, place of treatment and present condition, noting the question number :</p>	<p>إذا كان الجواب نعم على أي من الاسئلة الوارده (من 1 الى 6 تحت القسم 8 أعلاه) يرجى ذكر كافة التفاصيل بما في ذلك طبيعة المرض أو العلة ، التواريخ المتعلقة به ، مدته ، أسماء وعناوين الأطباء، مكان المعالجة والحالة الطبية الراهنة ، مع ذكر رقم السؤال.</p>	-8
-----	---	--	----

Question No رقم السؤال	Nature of Illness طبيعة المرض	Date of Onset تاريخ الاصابة	Present Condition الحالة الراهنة	Doctor الطبيب			Duration المدة
				Name الاسم	Address العنوان	Place of Treatment مكان المعالجة	

9	Mass	المقاييس	9
---	-------------	-----------------	---

Weight Kgs كيلو جرام	HeightCms سم
---------------------------------	-------------------------

10	Details of your Usual Doctor	بيانات طبيبك المعتاد	10
----	-------------------------------------	-----------------------------	----

Name الاسم	Tel. No رقم التليفون	Fax No رقم الفاكس	Address العنوان

11	Family History	السجل الصحي للعائلة	11
----	-----------------------	----------------------------	----

Relation العلاقة	Living		Dead			
	Age العمر	State of Health (if not good , give full details) الحالة الصحية ، اذا لم تكن جيدة اذكر التفاصيل	Year of death تاريخ الوفاة	Age at death العمر عند الوفاة	Duration of last illness مدة المرض الاخير	Cause of Death سبب الوفاة
Father الأب						
Mother الأم						
Brothers الاخوة	No العدد					
Total Living عدد الاحياء						
Total Dead عدد الاموات						
Sisters الاخوات	No العدد					
Total Living عدد الاحياء						
Total Dead عدد الاموات						
Wife/Wives الزوجة/الزوجات	No العدد					
Husband الزوج						
Children الأولاد	No العدد					
Total Living عدد الاحياء						
Total Dead عدد الاموات						

5/6

12	Female Only	لل سيدات فقط	12
----	--------------------	---------------------	----

a)	Do you use veil?	<input type="radio"/> Yes نعم <input type="radio"/> No لا	هل تحافظين على التحجب ؟	(أ)
b)	State the date of last menstruation		أذكرى تاريخ الحيض الأخير	(ب)
c)	Have the menstrual periods always been regular and painless and are they so now?	<input type="radio"/> Yes نعم <input type="radio"/> No لا	هل كانت مواعيد الحيض منتظمة لا يصاحبها أي ألم، وهل هي كذلك الآن؟	(ج)
d)	How many conceptions have taken place?		كم مرة حملت ؟	(د)
e)	How many have gone full time?		كم مرة حملت مدة تسعة أشهر كاملة ؟	(هـ)
f)	State the date of last delivery		أذكرى تاريخ الولادة الأخيرة .	(و)
g)	Have you had any abortions or miscarriages?	<input type="radio"/> Yes نعم <input type="radio"/> No لا	هل حدث أن أسقطت أو أجهضت؟	(ز)
h)	Are you pregnant now?	<input type="radio"/> Yes نعم <input type="radio"/> No لا	هل أنت حامل الآن ؟	(ح)

إقرار وتفويض Declaration and Authorization

I declare that the above statement and answers are true in every particular and agree that upon acceptance of the quotation, this statement shall be the basis of contract between me and United Insurance Company (Y.S.C) and that if any untrue averment the contract of insurance shall be absolutely null and void.

I agree and authorize any medical source, insurance office or organization, to release United Insurance Co. and United Insurance Co. to release to any medical source, insurance office or organization any relevant information concerning me at any time irrespective of whether the proposal is accepted or not by the Company.

And I agree and authorize the Company to use and disclose any information collected or held (contained in this proposal or otherwise obtained) to enable the Company, its associated individual/organizations or independent third party, within or outside Yemen, to provide advice or information concerning the products or services which the Company believes may be of interest to me or to communicate with me for any purpose.

The life Coverage starts after the Company has received the first contribution payable and the Policy has been issued.

أصرح بان الاستبيان والإجابات المتقدمة صحيحة بكل دقائقتها وأوافق على أن يكون هذا الاستبيان أساس التعاقد بيني وبين الشركة المتحدة للتأمين ش.م.ب.ي. وانه إذا تضمن هذا الاستبيان أي إقرار مغلوط غير صادق فإن عقد التأمين يكون لاغياً باطل المفعول.

أوافق وافوض أي جهة طبية ، مكتب أو شركة تأمين بالافصاح للشركة المتحدة للتأمين ، والشركة المتحدة للتأمين بالافصاح لأي جهة طبية ، مكتب أو شركة تأمين بأي معلومات تتعلق بي في أي وقت بغض النظر عما إذا كان العرض قد تمت الموافقة عليه من قبل الشركة أم لا.

وأوافق وافوض الشركة باستخدام والافصاح عن أي معلومات جمعتها أو احتفظت بها (سواء متضمنة في العرض أو مكتسبة) كي تمكن الشركة ، شركاءها الأفراد/المؤسسات أو طرف ثالث مستقل داخل أو خارج الجمهورية اليمنية من تقديم النصح أو المعلومات المتعلقة بالمنتجات أو الخدمات التي تعتقد الشركة بأنها قد تكون مهمة لي أو تمت لي بأي غرض.

سوف تبدأ منفعة الحياة بعد استلام الشركة لأول مبلغ اشتراك مستحق وبعد إصدار الوثيقة.

Name of Proposed Applicant اسم طالب التأمين

Date / Signature of Proposed Applicant التاريخ / توقيع طالب التأمين

Name of the witness اسم الشاهد

Occupation of the witness وظيفة الشاهد

Witness' Address & his Tel No. عنوان الشاهد ورقم تليفونه

Date / Signature of the witness التاريخ / توقيع الشاهد

To be used by proposed policyholder if different from applicant استخدام حامل الوثيقة المتقدم إذا كان مختلفاً عن طالب التأمين

Name of proposed policyholder اسم حامل الوثيقة المتقدم

Relation to the applicant العلاقة بطالب التأمين

Address of proposed policyholder عنوان حامل الوثيقة المتقدم

Telephone & fax No. رقم التليفون والفاكس

Date / Signature of proposed policyholder

التاريخ / توقيع حامل الوثيقة المتقدم

If the policyholder is a company /corporation, please provide name and designation of signatory and affix company stamp

إذا كان حامل الوثيقة المتقدم شركة أو مؤسسة يرجى ذكر اسم ووظيفة صاحب التوقيع ووضع ختم الشركة