INDIVIDUAL QUESTIONNAIRE

For Groups with less than 26 members

للمجموعات المكوّنة من أقل من 26 عضواً

Abu Dhabi National Insurance Company (ADNIC) is a Public Joint Stock Company incorporated in the United Arab Emirates by Law No. (4) of 1972, and is governed by the provisions of the U.A.E. Federal Law No. (6) of 2007 «Establishment of the Insurance Authority & Organization of its Operations», with Registration No. (1).	شركة أبوظبي الوطنية للتأمين (أدنك) شركة مساهمة عامة، تأسست في دولة الإمارات العربية المتحدة بموجب القانون رقم (4) لسنة 1972 وتخضع لأحكام للقانون الاتحادي رقم (6) لسنة 2007 المتعلّق «بإنشاء هيئة التأمين وتنظيم أعمالها»، ومسجَّلة تحت الرقم (1).
In order to apply for this insurance, please complete all parts of this Questionnaire and the annexures, if any. The Insurance cover begins when ADNIC confirms the same in writing.	للاشتراك في هذا التأمين، يرجى الإجابة على جميع الأسئلة الواردة في هذا الاستبيان والملاحق إن وُجِدت. تبدأ التغطية التأمينية عندما توافق شركة أبوظبي الوطنية للتأمين (أدنك) على ذلك خطياً.
You must provide full, accurate and true answers to all questions listed below. Material facts which you know or ought to know should be fully and accurately disclosed. Failure to do so, may result in rejecting your claim and/or terminating your insurance cover.	**يتوجَّب تقديم إجابات كاملة ودقيقة وحقيقية على جميع الأسئلة المدرجة أدناه. كما يتوجب الإفصاح بشكل كامل ودقيق عن كافة الوقائع الجوهرية التي تعرفها أو التي من المفروض معرفتها. إن عدم القيام بذلك قد يؤدّي إلى رفض مطالبتك و/أو إنهاء التغطية التأمينية الخاصة بك.**
If you are in any doubt about what you should disclose, please do not hesitate to contact us. Making sure that we are informed completely, is for your own protection.	إذا كنت غير متأكّد مما يجب أن تصرِّح به، الرجاء عدم التردد في الاتصال بنا. إن إعلامنا بشكل كامل ودقيق هو بمثابة حماية لك.
If the space provided is inadequate, please provide the details using additional information sheet, duly signed and dated.	إذا كانت المساحة المتاحة غير كافية للإجابة على السؤال، يرجى تقديم التفاصيل بواسطة ورقة معلومات إضافية على أن تكون موقعة ومؤرَّخة.
Signing of this Questionnaire is not the commencement of insurance coverage. The commencement of insurance coverage will be confirmed upon acceptance of this Questionnaire and issuance of the Insurance Policy.	توقيع هذا الاستبيان ليس بدءًا لسريان التغطية التأمينية. وسوف يتم التأكيد على تاريخ بدء سريان التغطية التأمينية بعد قبول هذا الإستبيان وإصدار وثيقة التأمين.
Please keep a copy of this Questionnaire for your record along with any correspondence/information provided to us and policies/endorsements which may be issued to you subsequently.	يُرجى الاحتفاظ بنسخة عن هذا الاستبيان وأي مراسلات أو معلومات قدّمت إلينا وبوثيقة التأمين وملحقاتها التي قد تصدر لاحقًا.

ADNIC
شركة أبوظبي الوطنية للتأمين
ABU DHABI NATIONAL INSURANCE COMPANY

Group Medical Insurance – Individual Questionnaire

التأمين الطبي الجماعي - استبيان فردي

Company Name.....	اسم الشركة.....
Full Name:	الاسم:
Gender:	الجنس:
Date of Birth:	تاريخ الميلاد:
Height _____cm Weight _____kg	الطول _____ الوزن _____
Blood Pressure (for members above age 15 years) Max _____ Min _____	ضغط الدم (للأعضاء فوق سن الـ15 عامًا) الحدّ الأقصى _____ الحدّ الأدنى _____
Nationality:	الجنسية:
Dependency ☐ Employee | Occupation (Please Describe Clearly): ☐ Spouse ☐ Child ☐ Others (Define) _____	التبعية ☐ موظف | المهنة (الرجاء الوصف بوضوح) ☐ زوجة ☐ طفل ☐ آخرون (تعريف)_____

Health Information:			المعلومات الصحية:		
1. Are you currently unable to work?	☐ Yes	☐ No	☐لا	☐نعم	1. هل أنت غير قادر على العمل حاليًا؟
2. During the 5 past years, have you been unable to work for more than 30 consecutive days?	☐ Yes	☐ No	☐لا	☐نعم	2. هل كنت غير قادر على العمل لمدة تتجاوز (30) يومًا متتاليًا خلال السنوات الخمس الماضية؟
3. Have you ever been treated for or are you under treatment for: high blood pressure, any medical condition related to heart, respiratory disease, renal disease, alimentary disorder, nervous breakdown, slipped disc, paralysis, coma, diabetes, high cholesterol, immunodeficiency syndrome (AIDS), tumour, cancer, or any other serious illness or infirmity?	☐ Yes	☐ No	☐لا	☐نعم	3. هل خضعت للعلاج أو هل أنت تخضع حاليًا للعلاج من: ارتفاع في ضغط الدم،أي في أمراض القلب، أمراض الجهاز التنفسي، المرض الكلوي، الاضطراب الغذائي، الانهيار العصبي، الانزلاق الغضروفي، الشلل، الغيبوبة، مرض السكري، ارتفاع في نسبة الكولسترول، فقدان المناعة المكتسبة(الإيدز)، الأورام، السرطان أو أية أمراض خطيرة أو عجز؟
4. Have you ever been seriously injured?	☐ Yes	☐ No	☐لا	☐نعم	4. هل سبق أن تعرضت لإصابة خطيرة؟
5. Did you have a surgical operation or have you been advised to have a surgical operation?	☐ Yes	☐ No	☐لا	☐نعم	5. هل سبق و خضعت لعملية جراحية أو هل نصحك أحد بالخضوع لعملية جراحية؟
6. Did you take or are you taking treatment or medication for any disease or disorder?	☐ Yes	☐ No	☐لا	☐نعم	6. هل سبق أن تلقيت أو هل تتلقى العلاج أو تتعاطى الأدوية لعلاج أحد الأمراض أو الاضطرابات؟
7. Do you intend to seek medical advice, treatment or have any medical tests performed?	☐ Yes	☐ No	☐لا	☐نعم	7. هل تنوي الحصول على استشارة طبية أو علاج، أو هل تجري أية تحاليل طبية؟
8. Have you tested positive for HIV/ AIDS or Hepatitis B or C, or have you been tested/ treated for other sexually transmitted diseases or are you awaiting the result of such test? If yes, please provide details.	☐ Yes	☐ No	☐لا	☐نعم	8. هل تنتظر نتيجة، أو هل كانت نتيجة فحصك إيجابية لمرض الإيدز أو التهاب الكبد B أو C؟ هل خضعت للفحوصات/تلقّيت العلاج لأحد الأمراض التي تنتقل جنسيًا؟هل أنت في انتظار نتائج فحوصات متعلقة بهذه الأمراض؟ إذا كانت إجابتك (نعم) يرجى ذكر التفاصيل.
9. Have you smoked any cigarettes with any the past 12 months? If yes, state how many per days.	☐ Yes	☐ No	☐لا	☐نعم	9. هل دخنت السجائر خلال السنة الماضية؟ إذا كانت الإجابة (نعم)، كم من سيجارة يوميًا؟
10. Do you have any defect of the vision or hearing? If yes, state to what extent.	☐ Yes	☐ No	☐لا	☐نعم	10. هل تعاني من أي قصور في النظر أو السمع؟ إذا كانت الإجابة (نعم)، يرجى التحديد لأي مدى.
11. Do you drink alcohol? If yes, state type and amount per day.	☐ Yes	☐ No	☐لا	☐نعم	11. هل تشرب الكحول؟ إذا كانت الإجابة (نعم)، يرجى ذكر النوع والكمية اليومية.
12. Have any of your parents, brothers or sisters died or suffered from heart or circulatory disease, cancer, diabetes, kidney diseases or hereditary disorders or diseases before age 70? If yes, please also indicate at what age this occurred.	☐ Yes	☐ No	☐لا	☐نعم	12. هل توفي أو هل يعاني أحد من والديك أو أشقائك أو شقيقاتك من مرض القلب أو الدورة الدموية، السرطان، مرض السكري، أمراض الكلية أو أمراض أو اضطرابات وراثية قبل عمر الـ 70؟ إذا كانت الإجابة (نعم)، الرجاء تحديد العمر وقت الإصابة.

ADNIC
شركة أبوظبي الوطنية للتأمين
ABU DHABI NATIONAL INSURANCE COMPANY

Health Information:			المعلومات الصحية:		
13. Do you intend to engage in hazardous activity (e.g. scuba diving) or fly other than as a passenger on scheduled services?	☐ Yes	☐ No	☐ لا	☐ نعم	13. هل تنوي المشاركة في نشاطات خطرة (مثال: الغطس) أو الطيران عدا أن تكون من أحد الركاب على خطوط طيران منتظمة؟
14. Has any application for Insurance on your life (life, accident, health) been declined, postponed or accepted on special terms?	☐ Yes	☐ No	☐ لا	☐ نعم	14. هل سبق أن تم رفض أو تأجيل أو الموافقة مع شروط خاصة لطلب تأمين (حياة، حوادث، صحي) لك؟
15. For female persons only: Are you pregnant? If yes, has the pregnancy been normal to date?	☐ Yes	☐ No	☐ لا	☐ نعم	15. للإناث فقط: هل أنتِ حامل؟ إذا كان الجواب نعم، هل أن الحمل طبيعي حتى الآن؟

Please give below full details for any "Yes" answer including date and duration of any illness, type of treatment, doctors consulted, type of sport, use separate sheet if necessary.	الرجاء ذكر التفاصيل أدناه لأي سؤال تمت الإجابة عليه بـ (نعم) مع ذكر التاريخ و مدة المرض، نوع العلاج، الأطباء المشرفين، نوع الرياضة. يرجى استخدام ورقة منفصلة إذا لزم الأمر.

I HEREBY DECLARE THAT I AM IN GOOD HEALTH EXCEPT IF STATED OTHERWISE IN THE ABOVE STATEMENT.

IF THERE IS ANY CHANGE IN MY HEALTH CONDITION BEFORE THE FINAL UNDERWRITING DECISION IS RELEASED, I AM OBLIGED TO INFORM THE INSURANCE COMPANY OF THE SAME. I UNDERSTAND THAT FAILURE TO DO SO MAY RESULT IN THE REJECTION OF ANY CLAIM RELATED TO THAT CONDITION AND/ OR TERMINATION OF MY INSURANCE COVER.

I/WE HEREBY DECLARE THAT THE STATEMENTS/ INFORMATION GIVEN BY ME/US IN THE QUESTIONNAIRE ARE FULL, ACCURATE AND TRUE. IT IS HEREBY UNDERSTOOD AND AGREED THAT THE STATEMENTS, ANSWERS AND PARTICULARS PROVIDED IN THIS QUESTIONNAIRE AND AS PER THE ATTACHEMENTS ARE THE BASIS ON WHICH THE INSURANCE POLICY IS BEING ISSUED/EFFECTED.

IF AFTER THE INSURANCE POLICY IS AFFECTED, IT IS FOUND THAT ANY FACT IN THE STATEMENTS, ANSWERS OR PARTICULARS IN THIS QUESTIONNAIRE IS INCORRECT, UNTRUE, INACCURATE, MISREPRESENTED OR NON-DISCLOSED IN ANY RESPECT, ADNIC SHALL HAVE NO LIABILITY UNDER THE INSURANCE POLICY AND/OR SHALL HAVE THE RIGHT TO TERMINATE YOUR INSURANCE COVER FROM INCEPTION.

أقرّ هنا أنني بصحة جيدة ولا أعاني من أي مرض غير الذي سبق ذكره آنفًا في هذه الاستمارة.

إذا كان هناك أي تغيير لحالتي الصحية قبل اتّخاذ قرار الاكتتاب النهائي، فإنني أتعهد بإبلاغ شركة التأمين بذلك وقبل إصدار الوثيقة. أنا على فهم ودراية تامة بأن عدم القيام بذلك قد يؤدي إلى رفض أي مطالبة متعلقة بهذا التغيير و/أو إنهاء التغطية التأمينية الخاصة بي.

أنا/نحن نتعهد ونلتزم بأن البيانات/المعلومات التي قدمتها/ قدمناها في هذا الاستبيان كاملة ودقيقة وحقيقية. من المفهوم والمقبول لنا بأن البيانات والأجوبة والتفاصيل المقدَّمة في هذا الاستبيان والمرفقات هي الأساس الذي تمّ بموجبه إصدار وثيقة التأمين واعتمادها.
إذا تبين على إثر دخول وثيقة التأمين حيّز التنفيذ أن البيانات و/ أو الإجابات و/أو التفاصيل الواردة في هذا الاستبيان غير صحيحة و/أو غير دقيقة، محرَّفة أو غير مصرَّح بها بأي شكل من الأشكال، فإن شركة أبوظبي الوطنية للتأمين (أدنك) لا تتحمل أي مسؤولية بمقتضى وثيقة التأمين و/ أو لها الحق بإنهاء التغطية التأمينية الخاصة بك من البداية.

Name of Proposer:	اسم مقدِّم الطلب:
Title:	المسمّى:
Signature:	التوقيع:
Stamp:	الختم:
Date:	التاريخ: