

## Health Declaration

Account No.   
Loan Account No.   
Name

Date of birth          
Occupation   
Address

Height  Weight   
Do you have any health problems and/or any current health conditions resulting from an accident and/or any other factors affecting your health?  
 Yes  No

Have you been under any medical treatment in the last three years (medication, physiotherapy, etc.) which has surpassed more than four weeks and/or having forgone medical treatment for more than once?  
 Yes  No

Have you gone for any medical treatment in any hospital/clinic in the past five years and/or as a result of this did not attend work for three weeks continuously?  
 Yes  No

Do you have blood pressure or blood sugar or cholesterol?  
 Yes  No

Have you done an HIV test and the result was positive?  
 Yes  No

Are you under any type of medication(s)?  
 Yes  No

If you answered 'yes' for any of the above questions, please specify the following:  
Health problems / health conditions resulting from an accident

Date          
Duration   
Cure with no side effects   
Doctor address / hospital

Authorisation:  
As an insured person, I authorise any doctor or clinic or hospital or insurance company or any public or private establishment or any person who has any details or information or records or medicinal history about my health, to give it to Mashreqbank psc or an insurance company which is specified by Mashreqbank psc.  
I agree and declare that if any of the information which is provided by any of the above is not correct, the insurance will be cancelled.  
The copy of this declaration will be treated as an original copy.

## إقرار صحي

رقم الحساب:   
رقم حساب القرض:   
الاسم:

تاريخ الميلاد:          
المهنة:   
العنوان:

الطول:  الوزن:   
هل تعاني من أية أضرار صحية أو عواقب من حوادث أو أية اضطرابات صحية أخرى؟  
 لا  نعم

هل خضعت لأي علاج صحي في السنوات الثلاث الماضية (طبي، علاج طبيعي، الخ) استمر أكثر من أربعة أسابيع أو اضطرت للخضوع لأي فحوصات طبية متكررة؟  
 لا  نعم

هل خضعت لأي علاج في المستشفى خلال السنوات الخمس الماضية أو لم تعد تستطيع العمل لفترات مستمرة لأكثر من ثلاثة أسابيع؟  
 لا  نعم

هل تعاني من ارتفاع في ضغط الدم أو السكر في الدم أو الكولسترول؟  
 لا  نعم

هل خضعت لفحص نقص المناعة وكانت النتيجة إيجابية؟  
 لا  نعم

هل تتعاطى أية عقاقير طبية؟  
 لا  نعم

إذا أجبت بنعم على أي من الأسئلة يرجى توضيح ما يلي:  
نوع الضرر / عواقب الحوادث

التاريخ:          
الفترة:   
الشفاء دون مضاعفات:   
عنوان الطبيب / المستشفى:

التفويض:  
بصفتي المؤمن المرتقب، فإنني بذلك أفوض أي طبيب أو عيادة أو شركة تأمين أو أي مؤسسة عامة أو أي مؤسسة خاصة أو أي شخص لديه معلومات أو أية تفاصيل عن صحتي، إعطاء شركة التأمين أي وجميع المعلومات التي تخص صحتي. أنا أفوض أيضاً بنك المشرق (ش.م.ع) و/أو أي شركة تأمين معينة من قبل البنك للاستفسار عن المعلومات المذكورة أعلاه من أي طبيب أو مستشفى أو عيادة أو شركة تأمين أو مؤسسة عامة أو خاصة أو أي شخص لديه السجلات أو المعلومات عن صحتي وتاريخي الطبي. أعلن بذلك بأنه في حال تبين بأن أي من الأجوبة المذكورة أعلاه غير صحيحة، أوافق وأقبل بأن يصبح هذا التأمين ملغى.  
تعتبر النسخة من هذا التفويض كنسخة أصلية.

Applicant Signature

توقيع العميل

Date         التاريخ

Bank Official Signature

توقيع الموظف المسؤول

Date         التاريخ