

Issued by Abu Dhabi National Takaful Company - P S C – Takaful.
Tamouh Tower, 25th Floor, Marina Square, Al Reem Island,
P.O. Box 35335, Abu Dhabi- United Arab Emirates.
Tel. No. +971 2 410 7700, Fax No. +971 2 410 7800
Web: www.takaful.ae

تم إصدارها بواسطة شركة أبو ظبي الوطنية للتكافل - ش م ع - تكافل.
برج طموح رقم 12، الطابق 25، مجمع المارينا، جزيرة الريم
ص.ب 35335 أبو ظبي، الإمارات العربية المتحدة
رقم الهاتف: +971 2 410 7700، الفاكس: +971 2 410 7800
الموقع الإلكتروني: www.takaful.ae

Application Form Number 4403140010765 for Term Life Plan

نموذج الطلب 4403140010765 خطة التكافل محددة المدة

Distributed by Abu Dhabi Islamic Bank, PO Box 313, Abu Dhabi, United Arab Emirates
تم توزيعها بواسطة مصرف أبو ظبي الإسلامي، إدارة التأمين، ص ب: 313، أبو ظبي، الإمارات العربية المتحدة.

Personal Data	البيانات الشخصية	
Title	Doctor	اللقب
Gender	Male/female	الجنس
First Name	first name	الاسم
Last Name	family name adib TLP	اسم العائلة
Passport Number	7331964287101994	رقم جواز السفر
Passport Expiry Date	26/03/2023	تاريخ الانتهاء
Emirates ID Number	541627532289959	رقم بطاقة الهوية الإماراتية
Emirates ID Expiry Date	26/03/2023	تاريخ الانتهاء
Date of Birth	12/12/1980	تاريخ الميلاد
Place of Birth	Khobar United Arab Emirates	مكان الولادة
Nationality	United Arab Emirates	الجنسية
Smoker/Non-Smoker	Non-Smoker	مدخن/ غير مدخن
Mailing Address	Sunset Blvd 14 0815 P.O. Box: 8331234 p.o. box owner 11421 Riyadh United Arab Emirates Abu Dhabi	العنوان البريدي
Resident	Resident	مقيم
Mobile Number	+971507654321	رقم الهاتف المتحرك
Email Address	aische@almousa.com	البريد الإلكتروني
Bank Account Number	45454545	رقم الحساب المصرفي
Bank Name	Abu Dhabi Islamic Bank (ADIB)	اسم المصرف

Application No.	رقم الطلب	Page Number	رقم الصفحة
Prepared on	تاريخ الطلب	Total Pages	مجموع الصفحات
Executor's Code	رمز المنفذ	TSNR	تي اس ان آر
Executor's Name			إسم المنفذ
Version			الإصدار

Issued by Abu Dhabi National Takaful Company - P S C – Takaful.
 Tamouh Tower, 25th Floor, Marina Square, Al Reem Island,
 P.O. Box 35335, Abu Dhabi- United Arab Emirates.
 Tel. No. +971 2 410 7700, Fax No. +971 2 410 7800
 Web: www.takaful.ae

تم إصدارها بواسطة شركة أبو ظبي الوطنية للتكافل - ش م ع - تكافل.
 برج طموح رقم 12، الطابق 25، مجمع المارينا، جزيرة الريم
 ص.ب 35335 أبو ظبي، الإمارات العربية المتحدة
 رقم الهاتف: +971 2 410 7700، الفاكس: +971 2 410 7800
 الموقع الإلكتروني: www.takaful.ae

Contract Details

بيانات العقد

Contract Start Date	01/02/2022	تاريخ بدء سريان العقد
Maturity Date	31/01/2032	تاريخ الاستحقاق
Contribution Term	10 Years	مدة الدفع
Mode of Payment	Monthly	طريقة الدفع
Monthly Contribution	AED 370.00	المساهمة شهريا
Annual Contribution	AED 4,440.00	المساهمة السنوية
Total Contributions	AED 44,400.00	إجمالي المساهمات

Takaful Benefit Details

تفاصيل مزايا التكافل

The following benefits are offered as detailed in the General Terms and Conditions.

يتم تقديم المزايا التالية على النحو المفصل في الشروط والأحكام العامة.

Takaful Benefits مزايا التكافل	Takaful Benefit Amount مبلغ المنفعة التكافل	Frequency فترة الدفعة	Contract Term مدة العقد	Monthly Contribution شهريا المساهمة	Contribution Term مدة دفع المساهمة
Takaful Death Benefits	AED 500,000.00	One time	10 Years	AED 92.00	10 Years

Built-in Takaful Benefits

مزايا التكافل المتضمنة

Extra Benefit in case of death during Hajj <i>In case of death during Hajj, an extra amount equal to Takaful Benefits payable Upon Death shall be payable in addition to the Takaful Benefits Death Payable Upon Death.</i>	AED 500,000.00	منفعة إضافية في حال الوفاة خلال الحج في حالة الوفاة أثناء الحج، يتم دفع مبلغ إضافي يساوي مزايا التكافل الواجبة الدفع عند الوفاة بالإضافة إلى مزايا التكافل الواجبة الدفع عند الوفاة
Terminal Illness Benefit <i>In case of diagnosis of Terminal Illness where life expectancy is less than 12 months as per the relevant medical certificate, the Takaful Death Benefits shall be paid out and membership shall be terminated.</i>	equal to Takaful Benefits Payable Upon Death تعادل مزايا التكافل واجبة الدفع عند الوفاة	منفعة المرض المميت في حالة تشخيص المرض المميت حيث يكون متوسط العمر المتوقع أقل من 12 شهرا من الشهادة الطبية ذات الصلة، يتم دفع مزايا التكافل واجبة الدفع عند الوفاة ويتم إنهاء العضوية.
Instant Relief Benefit <i>Subject to a waiting period of 12 months starting from the Contract Start Date, an additional benefit of AED 50,000.00 is payable upon death of Participant.</i>	AED 50,000.00	منفعة الإغاثة الفورية تخضع لفترة انتظار مدتها 12 شهرا بدءا من تاريخ بدء العقد، يتم دفع منفعة إضافية قدره AED 50,000.00 عند وفاة المشترك.

Optional Takaful Benefits مزايا التكافل الاختيارية	Takaful Benefit Amount مبلغ المنفعة التكافل	Frequency فترة الدفعة	Contract Term مدة العقد	Monthly Contribution شهريا المساهمة	Contribution Term مدة دفع المساهمة
Accidental Death Benefits	AED 500,000.00	One Time	10 Years	42.00	10 Years
Critical Illness Benefit	AED 500,000.00	One Time	10 Years	140.00	10 Years
Family Income Benefit	AED 25,000.00	Yearly	10 Years	38.00	10 Years
Children Education Benefit	AED 25,000.00	Yearly	10 Years	58.00	10 Years

Application No.
 Prepared on
 Executor Code
 Executor Name
 Version

رقم الطلب Page Number
 تاريخ الطلب Total Pages
 رقم المنفذ TSNR

رقم الصفحة
 مجموع الصفحات
 تي اس إن آر
 اسم المنفذ
 الإصدار

T0440314001076500002

Issued by Abu Dhabi National Takaful Company - P S C – Takaful.
 Tamouh Tower, 25th Floor, Marina Square, Al Reem Island,
 P.O. Box 35335, Abu Dhabi- United Arab Emirates.
 Tel. No. +971 2 410 7700, Fax No. +971 2 410 7800
 Web: www.takaful.ae

تم إصدارها بواسطة شركة أبو ظبي الوطنية للتكافل - ش م ع - تكافل.
 برج طموح رقم 12، الطابق 25، مجمع المارينا، جزيرة الريم
 ص.ب. 35335 أبو ظبي، الإمارات العربية المتحدة
 رقم الهاتف: +971 2 410 7700 ، الفاكس: +971 2 410 7800
 الموقع الإلكتروني: www.takaful.ae

* (Terms and conditions applicable as per General Terms & Conditions of this Programme)

* (نطبق الشروط والأحكام الواردة في نشرة الشروط والأحكام العامة)

Beneficiaries / المستفيدين	Date of Birth / تاريخ الميلاد	Relationship / صلة القرابة	Share / الحصة
Mr. beneficiary one	16/12/1970	Son	100%

APPLICANT'S HEALTH DECLARATION	الإقرار الصحي لمقدم الطلب
What is your height in cm?	ما هو الطول بسم؟ 180 cm
What is your weight in kg?	ما هو الوزن بـ كغ؟ 80 kg
Do you smoke?	هل أنت مدخن؟ <input type="checkbox"/> No
ACCIDENTAL RIDER QUESTIONS	أسئلة متعلقة بالحوادث
In the last 5 years have you had any accidents resulting in injuries that required inpatient medical assistance for at least a week? في السنوات الخمس الماضية، هل تعرضت لأي حوادث أدت إلى إصابات تتطلب دخول المستشفى لمدة أسبوع على الأقل؟	<input type="checkbox"/> No
Does your professional work involve any increased accidental risks (e.g. heavy manual duties, dealing with hazardous materials, working on heights above 12 meters (like roofers, construction industry, building cleaners, crane operators), workers on offshore rig platforms (machineries), professional athletes, drivers (bus / taxi / tanker / bulldozer), miners, active soldiers, armed security guards, police force, pilots)? هل ينطوي عملك المهني على أي مخاطر تزيد من تعرضك للحوادث (مثل المهام اليدوية الثقيلة، التعامل مع المواد الخطرة، العمل على ارتفاعات تزيد عن 12 متراً (مثل السطوح، صناعة البناء، تنظيف المباني، مشغلي الرافعات)، العمال على منصات الحفر البحرية (الأجهزة)، الرياضيين المحترفين والسائقين (الباص / التاكسي / الناقل / البلدوزر)، عمال المناجم، الجنود، حراس الأمن المسلحين، قوات الشرطة، الطيارين؟	<input type="checkbox"/> No
CRITICAL ILLNESS RIDER QUESTIONS	أسئلة متعلقة بالمرض العضال
Have you ever had, or been told you had, or been treated for, or been advised to see a doctor or planning to see a doctor for: cancer, tumor, cyst or enlarged lymph nodes? For Male: any disorder of the prostate or testicular? For Female: any disorder of the breast, ovary, uterus or other female organs or menstrual disorder? هل سبق لك، أو قيل لك، أو تم علاجك، أو نصحت لرؤية الطبيب أو تخطط لرؤية الطبيب للأسباب التالية: السرطان، ورم، كيس أو تضخم العقد الليمفاوية للذكور: أي اضطراب في البروستات أو الخصية؟ للإناث: أي اضطراب في الثدي، المبيض، الرحم أو غيرها من الأعضاء الإنثاء أو اضطراب الدورة الشهرية؟	<input type="checkbox"/> No
Have you in the past 5 years: undergone any surgical operation on major organs including heart and coronary arteries, brain, lung, liver, kidney, pancreas, colon, stomach, skin (neoplasm) and/or consulted a doctor for a biopsy, endoscopy, MRI, CT scan or ultrasound with any abnormal findings found to have an abnormal pap smear or mammogram or been advised to have a repeat test within 6 months? هل خضعت في السنوات الـ 5 الماضية لعملية جراحية للأعضاء الرئيسية بما في ذلك القلب والشرايين التاجية، الدماغ، الرئة، الكبد، الكلى، البنكرياس، القولون، المعدة، الجلد (الأورام) و / أو استشرت طبيب لإجراء خزعة، التنظير، التصوير بالرنين المغناطيسي، الأشعة المقطعية أو الموجات فوق الصوتية مع أي نتيجة غير طبيعية اكتشفت نتيجة مسحة عنق الرحم غير طبيعية أو اكتشفت نتيجة تصوير ثدي بالأشعة السينية غير طبيعية أو نصحت بتكرار الاختبار خلال 6 أشهر؟	<input type="checkbox"/> No
Have your parents and siblings suffered or died from heart disease, stroke, hypertension, cancer or diabetes before the age of 60 years? هل عانى أو توفي والدك وأشقائك من مرض القلب أو السكتة الدماغية أو ارتفاع ضغط الدم أو السرطان أو السكري قبل عمر الستين؟	<input type="checkbox"/> No

T0440314001076500002

Issued by Abu Dhabi National Takaful Company - P S C – Takaful.
 Tamouh Tower, 25th Floor, Marina Square, Al Reem Island,
 P.O. Box 35335, Abu Dhabi- United Arab Emirates.
 Tel. No. +971 2 410 7700, Fax No. +971 2 410 7800
 Web: www.takaful.ae

تم إصدارها بواسطة شركة أبو ظبي الوطنية للتكافل - ش م ع - تكافل.
 برج طموح رقم 12، الطابق 25، مجمع المارينا، جزيرة الريم
 ص.ب 35335 أبو ظبي، الإمارات العربية المتحدة
 رقم الهاتف: +971 2 410 7700 ، الفاكس: +971 2 410 7800
 الموقع الإلكتروني: www.takaful.ae

APPLICANT'S DECLARATIONS AND INSTRUCTIONS

أقرار وتعليمات مقدم الطلب

I, first name family name adib TLP, subscribe to the Term Life Plan as per the Contract details mentioned in this Application.

أنا، family name adib TLP first name، أوافق بموجبه على الاشتراك في خطة التكافل محددة المدة وفقاً للتفاصيل المبينة في نموذج الطلب هذا.

I declare that I have received, read and understood the General Terms and Conditions applicable to Term Life Plan including any relevant annexes and this Application and that I have accepted all of them.

أقر بأنني استلمت وقرأت وتفهمت الشروط والأحكام العامة المطبقة في خطة التكافل محددة المدة بالإضافة إلى أية ملاحق ذات الصلة ونموذج الطلب هذا، وأنني قبلتها جميعاً.

I declare to the best of my knowledge that the information given in this Application is true, complete, and accurate, and provided by myself or with my knowledge or on my behalf.

أقر في حدود معرفتي، بأن المعلومات المذكورة في نموذج الطلب هذا، هي حقيقية وكاملة ودقيقة، وقد تم إدخالها من قبلي أو بعلمي أو بالنيابة عني.

I herewith authorize the Wakeel to request medical information from any doctors who have attended me at any time. For this purpose, I herewith relieve at any time all doctors who attended me at any time from their professional secrecy obligations and authorize them to communicate my health situation.

أفوض بموجبه الوكيل بطلب معلومات طبية من أي طبيب سبق له معالجتني في أي وقت. ولهذا الغرض، فإنني أخلى جميع الأطباء الذين عالجتني في أي وقت من أية مسؤوليات تتعلق بالتزامات سرية المهنة، وأفوضهم بتقديم جميع المعلومات الطبية المتعلقة بوضعي الصحي.

I confirm that the Bank has not made any verbal or written communication, electronic file or any other material that is different from the Contract documents.

أؤكد أن المصرف لم يقم بأي اتصال شفهي أو كتابي أو قام بإنشاء ملف إلكتروني أو أي مادة أخرى تختلف عن مستندات العقد.

I understand that the first contribution is due on the next day following the issuance of the Certificate. Subsequent Regular Contributions are payable as specified in the General Terms and Conditions.

إنني أدرك بأن أول مساهمة تستحق في اليوم التالي من تاريخ إصدار الشهادة. تستحق المساهمات المنتظمة اللاحقة حسبما هو مبين في الشروط والأحكام العامة.

I, further declare that the signature or the electronic signature on this Application Form and the Contract documents is mine or that of my representative.

كما أقر بأن التوقيع أو التوقيع الإلكتروني الوارد في نموذج الطلب هذا ومستندات العقد الأخرى هو توقيعي أو توقيع من يمثلني.

I was informed of the importance of safekeeping all documents and correspondences between myself and Abu Dhabi National Takaful Company - P S C - Takaful.

ولقد تم إعلامي بضرورة الاحتفاظ بالوثائق والمراسلات التي تتم بيني وبين شركة أبو ظبي الوطنية للتكافل - ش م ع - تكافل.

I fully agree and understand that the Contract documents may be sent electronically to me and that the soft copy of the Contract documents is true original copy and shall be treated as original copy. In the event, I did not receive the electronic copy of the Contract's documents, I can approach the Wakeel's or Distributor's office to obtain a copy.

كما أوافق وأفهم تماماً أن مستندات العقد قد تُرسل إليّ إلكترونياً وأن النسخة الإلكترونية لوثائق العقد هي نسخة أصلية حقيقية ويجب معاملتها كنسخة أصلية. في حالة عدم استلام النسخة الإلكترونية من مستندات العقد، يمكنني الاتصال بمكتب الوكيل أو الموزع للحصول على نسخة.

Defined Terms in the General Terms and Conditions, which are used in this Application, shall have the same meanings as in the General Terms and Conditions.

إن المصطلحات المعروفة في الشروط والأحكام العامة والمستعملة في نموذج الطلب هذا تفسر بنفس منلولاتها كما هي واردة في الشروط والأحكام العامة.

T0440314001076500002

Application No.
 Prepared on
 Executor Code
 Executor Name
 Version

رقم الطلب Page Number
 تاريخ الطلب Total Pages
 رقم المنفذ TSNR

رقم الصفحة
 مجموع الصفحات
 تي اس ان آر
 إسم المنفذ
 الإصدار

Issued by Abu Dhabi National Takaful Company - P S C – Takaful.
 Tamouh Tower, 25th Floor, Marina Square, Al Reem Island,
 P.O. Box 35335, Abu Dhabi- United Arab Emirates.
 Tel. No. +971 2 410 7700, Fax No. +971 2 410 7800
 Web: www.takaful.ae

تم إصدارها بواسطة شركة أبو ظبي الوطنية للتكافل - ش م ع - تكافل.
 برج طموح رقم 12، الطابق 25، مجمع المارينا، جزيرة الريم
 ص.ب. 35335 أبو ظبي، الإمارات العربية المتحدة
 رقم الهاتف: +971 2 410 7700، الفاكس: +971 2 410 7800
 الموقع الإلكتروني: www.takaful.ae

APPLICANT'S MEDICAL QUESTIONNAIRE

إقرارات المشترك عن الوضع الصحي

Participant Name	Doctor family name adib TLP first name	اسم المشترك
Height/Weight	180cm / 80kg	الطول/ الوزن
1. Do you smoke?		1. هل أنت مدخن؟
No		لا
2. Do you take or have you taken any pharmaceuticals, analgesics, calmatives, hypnotics, narcotics, alcohol or any other addictive drugs during the last 5 years any for an extended period of time?		2. هل تتعاطى أو كنت تتعاطى أي دواء أو مسكن أو مهدئ أو منوم أو مخدر أو كحول أو أي دواء آخر يسبب الإدمان لفترة طويلة من الوقت خلال السنوات الخمس الماضية؟
No		لا
3. Have you been operated during the last 5 years or have you sustained an accident, an injury or an intoxication?		3. هل خضعت خلال السنوات الخمس الأخيرة إلى عملية جراحية أو تعرضت لحادث أو إصابة أو تسمم؟
No		لا
4. In the last 5 years have there been or are there any diseases, health disorders or afflictions? e.g of heart, circuit organ, respiration organ, digestion organ, of glands, of the melt, of the blood, uremic organs or of genitals, sense- or speech-organs, the brain, the spinal cord, the nerves, metabolic disorders, blastomas, tumours, cancer, infections, skin disease or allergies, diseases affecting the bones, the backbone or the intervertebral discs		4. في الخمس سنوات الأخيرة، هل عانيت أو ما زلت تعاني أي أمراض أو خللاً في صحتك أو إصابة؟ على سبيل المثال، في القلب أو الدورة الدموية أو الجهاز التنفسي أو الجهاز الهضمي أو الغدد أو الطحال أو الدم أو الجهاز البولي أو الأعضاء التناسلية أو أعضاء اللمس أو النطق أو الدماغ أو الحبل الشوكي أو الأعصاب أو خلل في الأيض أو ورم في الخلية الأرومية أو الأورام أو السرطان أو الإصابات أو الأمراض الجلدية أو الحساسية أو الأمراض التي تصيب العظام أو العمود الفقري أو الفقرات
No		لا
5. Have you been diagnosed with COVID-19?		5. هل تم تشخيصك بكوفيد 19؟
No		لا
Questions referring to Covid-19 •Do you have reason to believe that you have been exposed to COVID-19 (direct contact with someone with COVID-19) or are you in quarantine / self confinement ordered by a medical professional or health authority due to a suspicion of COVID-19? •Do you currently suffer or did you suffer during the last 4 weeks from any of the following symptoms? Sore throat, cough, runny nose or nasal discharge, body aches, tiredness or weakness, fever of 38°C or above, flu-like symptoms, chills, nausea, vomiting, diarrhoea, diminished or lost sense of smell or taste		كوفيد 19 أسئلة تشير الى •هل لديك سبب للاعتقاد بأنك تعرضت لكوفيد 19 (من خلال الاتصال المباشر مع شخص يحمل كوفيد19) أو هل أنت في الحجر الصحي / الحجر الذاتي الذي أمر به أخصائي طبي أو سلطة صحية بسبب الاشتباه في كوفيد 19؟ •هل تعاني حالياً أو هل عانيت خلال الأسابيع الأربعة الماضية من أي من الأعراض التالية؟ التهاب الحلق أو السعال أو سيلان الأنف أو إفرازات الأنف ، أو جاع الجسم ، أو التعب أو الضعف ، حمى 38 درجة مئوية أو أعلى ، أعراض تشبه الأنفلونزا ، قشعريرة ، غثيان ، قيء ، إسهال ، تناقص أو فقدان حاسة الشم أو الذوق
No		لا

T0440314001076500002

Issued by Abu Dhabi National Takaful Company - P S C – Takaful.
 Tamouh Tower, 25th Floor, Marina Square, Al Reem Island,
 P.O. Box 35335, Abu Dhabi- United Arab Emirates.
 Tel. No. +971 2 410 7700, Fax No. +971 2 410 7800
 Web: www.takaful.ae

تم إصدارها بواسطة شركة أبو ظبي الوطنية للتكافل - ش م ع - تكافل.
 برج طموح رقم 12، الطابق 25، مجمع المارينا، جزيرة الريم
 ص.ب 35335 أبو ظبي، الإمارات العربية المتحدة
 رقم الهاتف: +971 2 410 7700 ، الفاكس: +971 2 410 7800
 الموقع الإلكتروني: www.takaful.ae

APPLICANT'S MEDICAL QUESTIONNAIRE

إقرارات المشترك عن الوضع الصحي

Participant Name	Doctor family name adib TLP first name	اسم المشترك
<p>6. Are you practicing any hazardous sports or other special leisure activities?</p> <p>هل تمارس أي رياضة خطيرة أو أي أنشطة ترفيهية خاصة؟</p>		
No		لا
<p>7. Occupation?</p> <p>الرجاء الإشارة إلى اسم الوظيفة الحالية لك؟</p>		
TEACHER		مدرس
<p>8. Has any application by you for life assurance been rejected?</p> <p>هل تم رفض أي طلب تقدمت به للحصول على تأمين على الحياة؟</p>		
NO		لا

<p>I, hereby, declare and confirm that all the information provided in the following sections mentioned above:</p> <ol style="list-style-type: none"> Beneficiary Assignment. Applicant's Health Declarations; Applicant's Declarations and Instructions; Applicant's Medical questionnaire; Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA) Declaration and CRS, if applicable. <p>are true and complete</p> <p>Further, I herewith authorize ADIB to deduct from my above indicated account at ADIB the regular contributions due as specified in this Application and transfer the amount to the account of Abu Dhabi National Takaful Company - P S C - Takaful at ADIB on the due date of each contribution.</p>	<p>أنا أقر هنا وأؤكد بأن جميع المعلومات الواردة في الأقسام التالية المذكورة أعلاه:</p> <ol style="list-style-type: none"> تعيين المستفيد. الإقرار الصحي؛ إقرار وتعليمات مقدم الطلب؛ إقرارات المشترك عن الوضع الصحي؛ تصريح قانون الامتثال الضريبي للحسابات الخارجية (فاتكا) ومعيار الإبلاغ المشترك (تريس)، حسب مقتضى. <p>هي معلومات صحيحة،</p> <p>كما أؤذن ADIB باقتطاع المساهمات المنتظمة من حسابي لديهم كما هو مبين أعلاه، والمستحقة الدفع كما هو محدد في هذا الطلب، وتحويل المبلغ إلى حساب شركة أبو ظبي الوطنية للتكافل - ش م ع - تكافل في ADIB بتاريخ استحقاق كل مساهمة.</p>
---	--

Applicant's Signature:		توقيع مقدم الطلب:
Application Date:	10/01/2022	تاريخ الطلب:

INFORMATION TO BE FILLED BY SALES AGENT

بيانات تتم تعبئتها من قبل ممثل المبيعات

Confirmation by Sales Agent:

التأكيد من قبل ممثل المبيعات:

I herewith confirm that I have taken a copy of the Applicant's ID.

أؤكد بموجبه بأنني قد تسلمت نسخة عن هوية مقدم الطلب

I certify that the Contract documents have been presented to the applicant. Further, I confirm that I have made no statements in any form that are inconsistent with the Contract documents.

أشهد أن مستندات العقد قد تم تقديمها إلى مقدم الطلب. علاوة على ذلك، أؤكد أنني لم أدلي بأي تصريحات بأي شكل لا تتفق مع مستندات العقد.

Executor Name

Asif Jehangir

اسم المنفذ

Application No.

رقم الطلب Page Number

رقم الصفحة

Prepared on

تاريخ الطلب Total Pages

مجموع الصفحات

Executor's Code

رمز المنفذ TSNR

تي اس ان آر

Executor's Name

إسم المنفذ

Version

الإصدار

T0440314001076500002

Issued by Abu Dhabi National Takaful Company - P S C – Takaful.
Tamouh Tower, 25th Floor, Marina Square, Al Reem Island,
P.O. Box 35335, Abu Dhabi- United Arab Emirates.
Tel. No. +971 2 410 7700, Fax No. +971 2 410 7800
Web: www.takaful.ae

تم إصدارها بواسطة شركة أبو ظبي الوطنية للتكافل - ش م ع - تكافل.
برج طموح رقم 12، الطابق 25، مجمع المارينا، جزيرة الريم
ص.ب 35335 أبو ظبي، الإمارات العربية المتحدة
رقم الهاتف: +971 2 410 7700، الفاكس: +971 2 410 7800
الموقع الإلكتروني: www.takaful.ae

APPLICANT'S MEDICAL QUESTIONNAIRE		إقرارات المشترك عن الوضع الصحي
Participant Name	Doctor family name adib TLP first name	اسم المشترك

INFORMATION TO BE FILLED BY SALES AGENT		بيانات تتم تعبئتها من قبل ممثل المبيعات
Code	999998 / 999998	رمز
Signature of Sales Agent		توقيع ممثل المبيعات

OFFICE USE ONLY		للإستعمال الرسمي فقط
Applicant's Signature Verification		المصادقة على صحة توقيع مقدم الطلب
Stamp and Signature		الختم والتوقيع
Application No.	4403140010765	رقم الطلب

T0440314001076500002

Application No.
Prepared on
Executor's Code
Executor's Name
Version

رقم الطلب Page Number
تاريخ الطلب Total Pages
رمز المنفذ TSNR

رقم الصفحة
مجموع الصفحات
تي اس ان آر
إسم المنفذ
الإصدار