



Income Information			معلومات الدخل		
Total Yearly Deductions		إجماليه الحسم السنوي	Yearly Income		إجماليه الدخل السنوي
Total Monthly Deductions		إجماليه الحسم الشهري	Total Gross Income		إجماليه الدخل الشهري
Deduction Details (Please Specify)		تفاصيل الحسم الشهري (الرجاء التحديد)	Income Details (Please Specify)		تفاصيل الدخل الشهري (الرجاء التحديد)
		1			1
		2			2
		3			3
Other income details		تفاصيل الدخل الأخر			4
Other income details		اجماليه الدخل الأخر			5
Sources of other Income		مصدر الدخل الأخر	Net Monthly Income		صافيه الدخل الشهري
Self- Employee					أصحاب الأعمال الحرة
Net Worth		صافيه حقوق الملكية	Total Assets		مجمول الممتلكات

Liabilities Information			معلومات عن الالتزامات				
تاريخ الاستحقاق Monthly Instalment Date	القسط الشهري Monthly Instalment	البنك / مؤسسة مالية Bank / Financial instate	النوع Type	تاريخ الاستحقاق Monthly Instalment Date	القسط الشهري Monthly Instalment	البنك / مؤسسة مالية Bank / Financial instate	النوع Type
			6				1
			7				2
			8				3
			9				4
			10				5

Finance Information			معلومات التمويل				
Facility Type	To be Constructed <input type="checkbox"/> لم يتم بناؤها بعد	Under Construction <input type="checkbox"/> منشأة غير مكتملة البناء	Completed Property <input type="checkbox"/> منشأة مكتملة البناء				نوع التسهيل
Product Type	Ijara Mausofa <input type="checkbox"/> إجارة موصوفة	Ijara <input type="checkbox"/> إجارة	Fixed Ijara <input type="checkbox"/> إجارة ثابتة				نوع المنتج
Fainance Type	الرهن العقاري Home Equity <input type="checkbox"/>	تسديد قرض بأخر Refinance & Cash out <input type="checkbox"/>	تسديد قرض بأخر Refinance <input type="checkbox"/>	شراء Purchase <input type="checkbox"/>			نوع التمويل
Property Type	Land <input type="checkbox"/> أرض	Commercial <input type="checkbox"/> تجاري	Multifamily <input type="checkbox"/> عائليه	Duplex <input type="checkbox"/> دوپليكس	Apartment <input type="checkbox"/> شقة	Villa <input type="checkbox"/> فيلا	نوع العقار
Down Payment		Property Value	قيمة العقار	Required Finance Amount			مبلغ التمويل المطلوب
Source of Down Payment			مصدر الدفعة الأولى	Term In Months			مدة التمويل بالأشهر



Property Information				معلومات العقار				
No. of Units		عدد الوحدات	Occupancy Type		نوع الاستعمال	Estimated Property Price		السعر التقديري للعقار
Project No.		رقم المشروع	Project Name		اسم المشروع	Developer Name		اسم المطور
Place of Issuance		مكان الإصدار	Deed Issuance Date		تاريخ الصك	Deed No.		رقم الصك
Plot No.		رقم القطعة	Property No.		رقم العقار	Property Age		عمر العقار
Floor No.		رقم الدور	Flat No.		رقم الشقة	Building No.		رقم المبنى

Seller Details				معلومات البائع				
Mobile 1		رقم الجوال ١	Sealer Name		اسم البائع	ID No.		رقم الهوية
Mobile 2		رقم الجوال ٢	ID Type		نوع الهوية	Date Issue		تاريخ اصدار الهوية
Telephone No. & Ext.		رقم الهاتف / التحويلة	Place of Issue		مكان الإصدار	Price offered by Sales		السعر المعروض من قبل المالك
Fax No.		رقم الفاكس						
E-Mail		البريد الإلكتروني						
Agents Commission		عمولة السمسار						

Additional Information		المعلومات الإضافية	
Please use the space provided for additional information regarding your EMPLOYMENT		يرجى استخدام المساحة الموجودة أدناه بتزويدنا بمعلومات إضافية عن عملك	

Additional Information		المعلومات الإضافية	
Please use the space provided for additional information regarding your INCOME		يرجى استخدام المساحة الموجودة أدناه بتزويدنا بمعلومات إضافية بشأن الدخل الخاص بك	

Additional Information		المعلومات الإضافية	
Please use the space provided for additional information regarding your LABILITIES		يرجى استخدام المساحة الموجودة أدناه بتزويدنا بمعلومات إضافية بشأن الالتزامات الخاصة	

Additional Information		المعلومات الإضافية	
Please use the space provided for additional information regarding your ASSETS		يرجى استخدام المساحة الموجودة أدناه بتزويدنا بمعلومات بشأن الأصول الخاصة بك	

Applicant Name اسم مقدم الطلب

Applicant Signature التوقيع

Date التاريخ



MEDICAL QUESTIONNAIRE FORM (Short)

بيانات العميل (المشترك)

Name (Full)					الاسم
Date of Birth	تاريخ الميلاد	Gender			الجنس
Work Joinng Date	تاريخ الالتحاق بالعمل	legal ID No.			رقم الهوية / الإقامة
Place of Work	مكان العمل	Occupation			المهنة
Finance Amount	مبلغ التمويل المطلوب	Weight	الوزن	Height	الطول

الرجاء الإجابة عن الأسئلة الآتية بوضع علامة (✓):
Please answer the following questions, and provide the necessary medical details below for any 'Yes' answers:

Have you been hospitalized in the last 12 months?	Yes <input type="checkbox"/> نعم	No <input type="checkbox"/> لا	هل أدخلت المستشفى أو بت فيه خلال ١٢ شهراً الماضية؟
Are you on any constant/regular medication prescribed by a medical practitioner, physician or specialist?	Yes <input type="checkbox"/> نعم	No <input type="checkbox"/> لا	هل تتناول بشكل دائم أية أدوية أو علاج طبي وصف لك من طبيب أخصائي أو استشاري؟
Have you ever been treated or are you under treatment for cancer, heart attack, Heart disease, high blood pressure, high cholesterol, diabetes, chest pain, Any disease or disorders of the heart or blood vessels, eyes, ears, nose or throat, Kidney, genital organ or bladder, liver (eg. Hepatitis) or gallbladder, stomach or Intestines, lungs (eg. Asthma), blood or immune system, epilepsy or nervous / mental Disorders, growths or tumors, AIDS or any AIDS related conditions or any other Chronic illness, disorder or disease not specifically mentioned?	Yes <input type="checkbox"/> نعم	No <input type="checkbox"/> لا	هل تم علاجك سابقاً أو ما زلت تتعالج حالياً من أحد الأمراض الآتية: مرض سرطان أو نوبة قلبية أو مرض في القلب أو ضغط دم عالي أو كوليستيرول عالي أو مرض السكر أو ألم في الصدر أو أي مرض أو اضطرابات في القلب أو الأوعية الدموية أو في العيون أو الأذن أو الأنف أو الحنجرة أو الكلية أو عضو تناسلي أو مثانة أو كبد (كالتهاب الكبد) أو مראה أو مرض معدة أو أمعاء أو في الرئتين (كالربو) أو دم أو نظام مناعة أو صرع أو عصبية أو اضطرابات عقلية أو مرض نمو أو أورام أو إيدز أو مرض متعلق بشروط الإيدز، أو أي مرض مزمن آخر، أو مرض لم يتم ذكره أعلاه؟
Have you ever had, suspected to have or diagnosed to have stroke, paralysis, Physical disability or deformity, blindness, deafness, loss of speech, loss of use of limb, Any disease or disorder of the muscle, bone, spine, back or joints (e.g. Arthritis) or any Other disabling illness, disorder or disease not specifically mentioned above?	Yes <input type="checkbox"/> نعم	No <input type="checkbox"/> لا	هل قيمت بكشف شككت فيه، أو أثبت التشخيص أنك تعانيه من: جلطة أو شلل أو عجز أو عاهة طبيعية أو عمى أو تقعر/ استقراغ أو عدم القدرة على النطق أو عدم القدرة على استخدام الطرف أو أي مرض في العضلات أو العظام أو العمود الفقري أو الظهر أو المفاصل (كالتهاب المفاصل) أو أي مرض عضوي آخر، أو مرض لم يتم ذكره أعلاه؟
Have you ever been or currently engaged in any hazardous activities (For example but not limited to scuba diving, sky diving, mountaineering etc.)	Yes <input type="checkbox"/> نعم	No <input type="checkbox"/> لا	هل اشركت من قبل في أي من الرياضات ذات الخطورة العالية (كالغوص باستخدام أسطوانات الهواء المضغوط، والقفز بالمظلات أو تسلق الجبال)

إذا كانت الإجابة بـ (نعم): يرجى تعبئة التفاصيل الطبية الإضافية التالية:

1 Name and address of doctor consulted.	١. اسم وعنوان الطبيب الذي تم استشارته
2 Type of illness or medical condition consulted.	٢. نوع المرض أو الحالة الصحية التي تم تشخيصها
3 When did you consult the doctor?	٣. تاريخ استشارة الطبيب
4. How long have you had this problem?	٤. تاريخ حدوث المشكلة
5. What type of treatment were you given?	٥. نوع العلاج الذي تم وصفه
6. Have you fully recovered or are you still on follow up / treatment?	٦. هل تم التعافي أم لا زلت تتابع / تتلقى العلاج؟

*Please provide if you have any medical report(s) available.

*الرجاء تزويدنا بأي تقارير طبية إذا كانت متوفرة.

إقرار:

I have read the Notice of Disclosure and fully understand it. I confirm that the answers given above are true and correct to the best of my knowledge. In addition, I authorized the company to seek and obtain information about my health from any doctor or hospital where I have sought medical attention. I understand and accept that the cover will only commence after the company has notified me and this is subject to the Terms and Conditions of the Group Creditor Master Policy.

لقد قرأت وفهمت والتزمت بجميع ما ورد في هذا الإقرار الذي تضمن تصريحاً كاملاً وحقيقياً بجميع المعلومات التي تشير بأنني أعانيه أو من الممكن أن أعانيه من حالة صحية أو إعاقة أو عجز، وأقر بأن جميع الأجوبة المذكورة كاملة وصحيحة - حسب معلوماتي ومعرفتي - وأتحمّل المسؤولية كاملة عن عدم صحة هذه المعلومات أو عدم اكتمالها. وقد فوضت الشركة بالتحرير عن أي معلومات والحصول عليها، فيما يخص وضعي الصحي، سواء كان من طبيب أو مستشفى قد تعالجت فيه.

Signature:.....

Date:

التوقيع:..... التاريخ: