

Full Name as stated in Passport/ID: _____

Location: (Please tick)

☐ UAE

☐ Overseas

Postal Address: _____

Health Questionnaire

1. Are you in good health

☐ YES

☐ NO

If NO, please provide details: _____

2. Are you currently under medical care?

☐ YES

☐ NO

If YES, please give details: _____

3. Name and address of your physician:

AUTHORIZATION

As proposed insured I authorize any physician, clinic, insurance company or other organization, which has my medical records to give the Insurance Company any and all information that may be required.

I also authorize National Bank of Fujairah and/or any Insurance Company nominated by the Bank to request for the above information from a Doctor, Hospital, Clinic, Insurance Company or other organization who has information relating to my medical history

I hereby declare that in case any of the above information proves to be false or incorrect, I agree and accept that this insurance will be deemed as null and void.

A photocopy of this authorization shall be as the original.

Full Address: _____

Account No.

Date:

Signature: _____

الاسم الكامل حسب جواز السفر/ الهوية: -

مكان الإقامة يرجى التحديد ☐ داخل دولة الإمارات ☐ خارج الدولة

صندوق البريد:

إستبان عن الوضع الصحي:

١. هل صحتك جيدة؟ ☐ نعم ☐ لا

إذا لا، يرجى ذكر التفاصيل -

٢. هل تخضع حالياً لعلاج طبي؟ ☐ نعم ☐ لا

إذا نعم، يرجى ذكر التفاصيل

٣. أذكر اسم وعنوان طبيك:

تفویض:

كمؤمن عليه، إنني أفوض أي طبيب، عيادة، شركة تأمين أو أي جهة أو مؤسسة أخرى لديها سجلات أو معلومات عني أو عن صحتي، أن تمنح شركة التأمين أي أو جميع المعلومات عني بخصوص صحتي.

أيضاً أفوض بنك الفجيرة الوطني و/أو أي شركة تأمين معينة من قبل البنك للقيام بالتحقق من المعلومات المذكورة أعلاه من أي طبيب، مستشفى، عبادة، شركة تأمين أو أي جهة أو مؤسسة أخرى لديها أي سجلات أو معلومات عن صحتي وتاريخي الصحي.

أنتى بموجب هذا أعلن أنه فى حالة عدم صحة أى من المعلومات أعلاه، فإننى أوافق على اعتبار هذا التأمين لاغياً وباطلاً.

الصورة الضوئية من هذا التفويض تكون تماماً مثل الأصل

العنوان الكامل:

[illegible]

التوقيع:

التاريخ:

--	--	--	--	--	--