

Alliance Insurance (Public Shareholding Company)
P.O. Box 5501, Dubai, U.A.E. Tel : (9714) 6051111
Fax :04 6051112, 6051113

Website: www.alliance-uae.com

Subject Federal Law No. (6) of 2007 on insurance
& registered under insurance companies registration No. 18/1984

اللائنس للتأمين (شركة مساهمة عامة)
ص ب ٥٥٠١ دبي، الإمارات العربية المتحدة. هاتف: (٩٧١٤) ٦٠٥١١١١
فاكس: ٦٠٥١١١٢، ٦٠٥١١١٣ -٤

Website: www.alliance-uae.com

خاصة لأحكام قانون التأمين الاتحادي رقم (٦) لسنة ٢٠٠٧ م
وسجلة في سجل شركات التأمين تحت رقم ١٨٨٤/١٨



اقرار بالحالة الصحية مقدم الى

SHORT FORM HEALTH DECLARATION

Proposal / Policy No. طلب / بوليصة رقم	Name of Life Proposed/Assured	اسم المؤمن عليه/المطلوب التأمين عليه
--	-------------------------------	--------------------------------------

This to certify that I am in as good health as when I signed the personal Statement of health which constituted a part of my proposal for Insurance to Alliance Insurance (PSC) and that since the date of such statement there has been no change in my occupation or family record, nor have I had any illness or disease, nor have I consulted or been examined by any physician, and I have not applied for new insurance or change in plan, or reinstatement which was declined, postponed, withdrawn or modified in kind or rate (*except as noted below), and I understand that the insurance so deliver to me or any policy issued on said proposal and statement is conditioned on the truth of the above statements.

IN CASE OF FEMALE LIFE PROPOSED : I further state that I am not pregnant.

اقر انا الموقع أدناه أنني بصحة جيدة وبنفس الحالة الصحية التي كنت عليها ساعة توقيمي لطلب التأمين المقدم إلى اللائنس للتأمين وأنه منذ ذلك التاريخ وحتى الآن لم يحدث أي تغيير في طبيعة عملي أو هي أسرتي أو عنواني ، كما لم أصب بأي علة أو مرض ولم أستشر أو أفحص من قبل أي طبيب ، ولم اتقدم بطلب تأمين جديد أو تغيير في نوع أو سعر البوليصة أو تجديدها أو تعديلها حيث رفض أو تأجل أو سحب ذلك الطلب (إلا كما هو مدون أدناه) كما أنني على علم تام بأن تسليم البوليصة مرتبط تماماً بما جاء في هذا الإقرار .

في حالة إن تكون المؤمن عليها / سيدة :

كما أقر بأنني لست حاملاً الآن .

*Exceptions

الاستثناءات

التاريخ سنة ٢٠٠٠ شهر يوم
Dated 200 day of

Witnessed الشاهد

مندوب التأمين
SALES ASSOCIATE

توقيع المؤمن عليه
SIGNATURE OF LIFE
PROPOSE/ASSURED

متحرك : Mobile:

البريد الإلكتروني : E-mail: