

## COVID Questionnaire

### استبيان الكوفيد

Application Number رقم الطلب	
Name of Life Insured اسم المؤمن على الحياة	

**PLEASE ANSWER FOLLOWING QUESTIONS TO THE BEST OF YOUR KNOWLEDGE. FAILURE TO GIVE ACCURATE AND COMPLETE ANSWERS MAY RESULT IN NON PAYMENT OF A CLAIM.**

يرجى الإجابة على الأسئلة التالية على حد علمك. قد يؤدي عدم تقديم إجابات دقيقة وكاملة إلى عدم دفع المطالبة

<p>Have you ever been tested positive for Covid-19? هل سبق أن ثبت إصابتك بكوفيد-19؟</p> <p>Yes / نعم <input type="checkbox"/> / لا <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>If Yes: إذا نعم:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Date of positive PCR test report: _____ تاريخ تقرير الفحص الايجابي</li> <li>You were required to be "كان مطلوب منك أن تكون"  <input type="checkbox"/> self-quarantined عزل ذاتياً <input type="checkbox"/> hospitalized في المستشفى</li> <li>Have you made a complete recovery with no sequelae / consequences such as shortness of breath, mental health issues, cough, impaired memory, weakness etc.? هل تعافيت تمامًا دون أي مضاعفات / عواقب مثل ضيق التنفس ، أو مشاكل الصحة العقلية ، أو السعال ، أو ضعف الذاكرة ، أو الضعف ، إلخ.</li> </ul>
---

Please tick appropriate response for each of following questions: يرجى وضع علامة على الإجابة المناسبة لكل من الأسئلة التالية:	Yes نعم	No لا
<p>1. Have you been vaccinated with the full and protective* dose of vaccination of an officially approved** COVID-19 vaccine? 1. هل تم تطعيمك باللقاح بشكل كامل ووقائي* هل لقاح الكوفيد - 19 الذي تم تلقيحك به معتمد رسمياً؟</p> <p>* Full and protective means the manufactures prescribed single or multiple doses... **Officially approved means it has been approved by your local authority.</p> <p>*كامل ووقائي تعني أوصت الشركة المصنعة بأخذ جرعات مفردة أو متعددة **رسمياً معتمدة تعني أنها اعتمدت من الجهات الرسمية المحلية</p>		

<p>2. Are you currently suffering from or have you had any symptoms of COVID-19) such as fever, sore throat, cough, fatigue, shortness of breath, nasal congestion, gastrointestinal symptoms such as nausea, vomiting &amp;/or diarrhoea etc.) in the past 15 days?</p> <p>2. هل تعاني حالياً أو لديك أي أعراض لـ كوفيد – 19 (مثل الحمى والتهاب الحلق والسعال والتعب وضيق التنفس واحتقان الأنف وأعراض الجهاز الهضمي مثل الغثيان والقيء و / أو ضيق التنفس وما إلى ذلك) في آخر 15 يوماً؟</p>													
<p>3. Within the past 15 days have you had any contact with someone confirmed as infected with the virus?</p> <p>3. خلال الـ 15 يوماً الماضية ، هل كان لديك أي اتصال بشخص تم تأكيد إصابته بالفيروس؟</p>													
<p>4. Have you been issued any notice or directive to self-quarantine or stay home (excluding as part of altered employment arrangement)?</p> <p>هل تم إصدار أي إشعار أو توجيه لك بالحجر الذاتي أو البقاء في المنزل (باستثناء جزء من إجراءات التوظيف المعدلة)؟</p>													
<p>5. Have you in the past 30 days travelled outside your country of residence?</p> <p>If yes, please provide information in appended table:</p> <p>5. هل سافرت خلال 30 يوماً الماضية خارج بلد إقامتك؟ إذا كانت الإجابة نعم، يرجى تقديم المعلومات في الجدول الملحق:</p> <table border="1" data-bbox="188 1122 1326 1375"> <thead> <tr> <th>Country دولة</th> <th>City مدينة</th> <th>Date Arrived تاريخ الوصول</th> <th>Date Departed تاريخ المغادرة</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Country دولة	City مدينة	Date Arrived تاريخ الوصول	Date Departed تاريخ المغادرة									
Country دولة	City مدينة	Date Arrived تاريخ الوصول	Date Departed تاريخ المغادرة										
<p>6. In the next three months, do you intend to travel outside the country of residence?</p> <p>If yes, please provide information in appended table:</p> <p>6. في الأشهر الثلاثة المقبلة، هل تنوي السفر خارج بلد الإقامة؟ إذا كانت الإجابة نعم، يرجى تقديم المعلومات في الجدول المرفق</p> <table border="1" data-bbox="188 1641 1326 1839"> <thead> <tr> <th>Country دولة</th> <th>City مدينة</th> <th>Date Arrived تاريخ الوصول</th> <th>Date Departed تاريخ المغادرة</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Country دولة	City مدينة	Date Arrived تاريخ الوصول	Date Departed تاريخ المغادرة									
Country دولة	City مدينة	Date Arrived تاريخ الوصول	Date Departed تاريخ المغادرة										

I declare that the statements and answers above are true and complete and that no relevant fact has been withheld. I agree that they shall constitute part of my application for life assurance. I understand and agree that it is my duty to inform Insurance Company without delay should there be a change in my health status or any circumstance disclosed above in the questionnaire. I understand that this duty continues until I receive copy of the life insurance policy applied for. I understand and accept that failure to disclose a change in my health status, change in my circumstances disclosed above or giving false information may invalidate the contract or may result in non-payment of a claim.

أقر بأن البيانات والإجابات الواردة أعلاه صحيحة وكاملة وأنه لم يتم حجب أي حقيقة ذات صلة. أوافق على أنها ستشكل جزءاً من طلبي للتأمين على الحياة. أفهم وأوافق على أنه من واجبي إبلاغ شركة التأمين دون تأخير في حالة حدوث تغيير في حالتي الصحية أو أي ظرف تم الكشف عنه أعلاه في الاستبيان. أفهم أن هذا الواجب يستمر حتى أتلقى نسخة من وثيقة التأمين على الحياة التي تقدمت بطلب للحصول عليها. أفهم وأوافق على أن الإخفاق في الكشف عن تغيير في حالتي الصحية، أو التغيير في ظروف في الذي تم الكشف عنه أعلاه أو إعطاء معلومات خاطئة قد يبطل العقد أو قد يؤدي إلى عدم دفع مطالبة.

---

**Name of Life Insured**

اسم المؤمن على الحياة

---

**Signature of Life Insured**

توقيع المؤمن على الحياة

**Date:**

التاريخ

**Place:**

المكان