LIFEPLAN LEBANON

خطة التأمين على الحياة - لبنان

APPLICATION FORM

استمارة الطلب

RL360°

The Capital Markets Authority (CMA) is not responsible for the content of any of the documents related to the investment or for the accuracy or completeness of the information included therein. The CMA did not assess the suitability of the financial instruments offered or included in such documents to any applicant or prospective investor.

لا تتحمل هيئة الأسواق المالية المسؤولية عن مضمون أي من المستندات المرتبطة بالاستثمار ولا عن دقة أو اكتمال المعلومات المضمنة فيها. ولم تعمد الهيئة إلى الوقوف على مدى ملاءمة الأدوات المالية المعروضة أو المضمنة في تلك المستندات لأي متقدم بطلب للحصول عليها أو لأي مستثمر مرتقب.

(The above states in Arabic: "If you do not read or write in the English language an Arabic version of the literature and Application Form is available and you should refer to this only.")

((فيما يلي ترجمة لمضمون النص المقدم أعلاه باللغة العربية: "إذا كنتم لا تقرأون أو تكتبون باللغة الإنجليزية، فقد تمت إتاحة نسخة بالعربية من هذه المستندات واستمارة الطلب إلا أنه يتعين الرجوع إلى هذه النسخة الصادرة باللغة الإنجليزية وحدها.")

This Application Form should be read in conjunction with the current LifePlan Lebanon Product Guide and Key Information Document.

ويجب قراءة استمارة الطلب هذا بالاقتران مع دليل منتجات خطة التأمين على الحياة – لبنان ووثيقة المعلومات الأساسية.

This Application Form must be completed in English.

يجب تعبئة استمارة الطلب هذا باللغة الإنجليزية.

A copy of the completed application and the policy Terms and Conditions are available on request. If there is any doubt as to the relevance of any fact it should be included, as it is important that all information is fully disclosed. If more space is required please continue on a separate sheet of paper and ensure it is signed and dated by each applicant and/or each life assured.

ويُمكن الحصول، عند الطلب، على نسخة عن استمارة الطلب المُعبّأة وعن شروط وأحكام البوليصة. في حال راودتكم أي شكوك حول ارتباط أي واقعة بالموضوع ههنا، فمن المهم الإفصاح عن جميع المعلومات بالكامل. في حال احتجتم لمساحة إضافية، يمكنكم الاستعانة بورقة منفصلة والتأكد من أن يوقِّعها ويُضيف التاريخ عليها كل طالب تأمين و/أو مؤمَّن على حياته.

PLEASE NOTE THAT INSUFFICIENT DETAILS MAY DELAY PROCESSING AND ACCEPTANCE

يرجى التنبّه إلى أن التفاصيل الناقصة قد تؤخِّر معالجة طلبكم وقبوله

Before you return this Application Form, please check the following

قبل إعادة استمارة الطلب هذه، يرجى التحقق مما يلي

Please tick: يرجى وضع علامة:

- ☐ Section 1 completed in all cases — القسم 1 - تتم تعبئة في جميع الأحوال
- ☐ Section 2 completed if single/joint applicant(s) — القسم 2 - تمت تعبئته في حال طالب تأمين منفرد/مشترك
- ☐ Section 3 completed in all cases — القسم 3 - تتم تعبئة في جميع الأحوال
- ☐ Section 4 completed in all cases — القسم 4 - تتم تعبئة في جميع الأحوال
- ☐ Section 5 completed in all cases — القسم 5 - تتم تعبئة في جميع الأحوال
- ☐ Section 6 completed in all cases — القسم 6 - تتم تعبئة في جميع الأحوال
- ☐ Section 7 completed in all cases — القسم 7 - تتم تعبئة في جميع الأحوال
- ☐ Section 8 completed in all cases — القسم 8 - تتم تعبئة في جميع الأحوال
- ☐ Section 9 completed in all cases where any questions are answered 'yes' or further details are required
  يلزم تعبئة القسم 9 في جميع الحالات التي يتم فيها الإجابة على أي أسئلة بـ "نعم" أو كان من الضروري تقديم المزيد من التفاصيل
- ☐ Section 11 completed in all cases — القسم 11 - تتم تعبئة في جميع الأحوال
- ☐ Section 12 completed in all cases — القسم 12 - تتم تعبئة في جميع الأحوال
- ☐ Section 13 completed in all cases — القسم 13 - تتم تعبئة في جميع الأحوال

This form is to be submitted with: **يجب تقديم هذا النموذج مع:**

- ☐ a signed, personalised illustration
  مثال توضيحي موقّع
- ☐ the first premium payment, made payable to RL360 Insurance Company Limited
  الدفعة الأولى من قسط التأمين، مدفوعة لأمر شركة آر إل 360 إنشورنس كومبني ليمتد
- ☐ a certified copy of an identity document that includes a photograph for each applicant and life assured and evidence of their age
  نسخة مصدقة عن مستند هوية يحمل رسمًا شمسيًا لكل طالب تأمين ومؤمَّن على حياته مع إثبات عن عمر كلٍّ منهم
- ☐ certified documentary evidence of each applicant's and life assured's current residential address
  مستند ثبوتي مصدّق لمكان الإقامة الحالي لكل طالب تأمين ومؤمَّن على حياته
- ☐ any supplementary forms
  أي استمارات مكمِّلة

RL360 Insurance Company Limited (RL360) accepts no responsibility for any payment until it has been received at RL360's registered office. Provided that no further information is required and subject to acceptance of your application, your policy documents will be issued as soon as possible. In the unlikely event that you have not received your policy documents within 45 days after signing this form, please contact your financial adviser.

لا تتحمل آر إل 360 إنشورنس كومبني ليمتد («آر إل 360») أي مسؤولية عن أي دفعة إلا بعد أن تستلمها آر إل 360 في مركزها الرئيسي. شريطة عدم وجود معلومات أخرى مطلوبة ورهنًا بقبول طلبكم، سيتم إصدار وثائق السياسة الخاصة بكم في أقرب وقت ممكن. وعلى فرض وقوع الاحتمال المستبعد الذي لا تستلمون فيه وثائق البوليصة خاصتكم في غضون 45 يومًا من تاريخ توقيع هذه الاستمارة، نرجو منكم الاتصال بمستشاركم المالي.

U.S. Specified Person means a U.S. citizen or tax resident individual, who either holds a U.S. Passport, a U.S. Green Card, has a U.S. residential/correspondence address or who was born in the U.S. and has not yet renounced their U.S. citizenship. More information on U.S. FATCA can be found at www.irs.gov/Businesses/Corporations/Foreign-Account-Tax-Compliance-Act-FATCA.

الشخص المحدد في الولايات المتحدة يعني مواطناً أمريكيًا أو شخصًا مقيمًا ضريبيًا يحمل إما جواز سفر أمريكي أو بطاقة خضراء أمريكية أو لديه عنوان سكن / مراسلات أمريكي أو ولد في الولايات المتحدة ولم يتخلّ عن جنسيته الأمريكية بعد. ويمكن الاطلاع على مزيد من المعلومات عن الولايات المتحدة فاتسا في www.irs.gov/Businesses/Corporations/Foreign-Account-Tax-Compliance-Act-FATCA.

Please complete in BLOCK CAPITALS and in black or blue ink throughout.

يرجى استعمال الخط العريض والحبر الأسود أو الأزرق لتعبئة الاستمارة

01 APPLICATION DETAILS تفاصيل عن الطلب

Which life assured basis do you require?
يرجى تحديد النظام المطلوب للتأمين على الحياة لإقامة التأمين على أساسه

- ☐ Single life
  تأمين منفرد على الحياة
- ☐ Joint life first death
  تغطية مشتركة على الحياة عند وفاة أول مُؤَمَّن على حياته
- ☐ Joint life both death
  تغطية مشتركة على الحياة عند كلا وفاة المؤَمَّن عليهما
- ☐ Joint life second death
  تغطية مشتركة على الحياة عند وفاة المُؤَمَّن على حياته الثاني

02 APPLICANT(S) DETAILS تفاصيل عن طالب (طالبي) التأمين

	First applicant طالب التأمين الأول	Second applicant (if applicable) طالب التأمين الثاني (إن وجد)
Sex (please tick) الجنس (اختر الإجابة المناسبة)	☐ Male ذكر ☐ Female أنثى	☐ Male ذكر ☐ Female أنثى
Title (please tick) اللقب (اختر الإجابة المناسبة)	☐ Mr السيد ☐ Mrs السيدة ☐ Miss آنسة Other (in full) غير ذلك (يرجى التوضيح بشكل كامل)	☐ Mr السيد ☐ Mrs السيدة ☐ Miss آنسة Other (in full) غير ذلك (يرجى التوضيح بشكل كامل)
First name(s) الاسم الأول (واحدًا كان أو أكثر)		
Last name(s) اسم الوالد (واحدًا كان أو أكثر)		
Date of birth (dd/mm/yyyy) تاريخ الولادة (اليوم/ الشهر/السنة)		
Country and place of birth بلد ومكان الولادة		
Nationality البريد الالكتروني		
Country of residence for tax purposes بلد الإقامة لغايات ضريبية		
Tax reference number (ie TIN/NI) الرقم الضريبي (رقم التعريف الضريبي/رقم التأمين الوطني)		
Are you a US Specified Person? هل أنت مواطن أمريكي فرد؟	☐ Yes نعم ☐ No لا	☐ Yes نعم ☐ No لا
Current residential address and postcode (in full) عنوان الإقامة الحالي مع الرمز البريدي (العنوان الكامل)		
Country البلد		
Home telephone number بلد الاقامة		
Mobile telephone number رقم الهاتف الخليوي		
Relationship to first applicant العلاقة بطالب التأمين الأول		

Online services خدمات الإنترنت

If you wish to access details of your policy online, you must supply us with the following information.

في حال رغبتم بالاطلاع على تفاصيل البوليصة الخاصة بكم عبر الإنترنت، يتعين عليكم تزويدنا بالمعلومات التالية.

Email address رقم هاتف المنزل		
Password (you will only use this once) كلمة السر (ستستخدمون كلمة السر هذه لمرة واحدة فقط)		
Password hint تلميح لتذكر كلمة السر في حال نسيانها		

02 APPLICANT(S) DETAILS CONTINUED طالب (طالبي) التأمين تفاصيل (تابع)

Exact occupation and duties تحديد الوظيفة والمهام

What is your exact occupation?
حدِّد بشكل دقيق المهنة التي تمارسها

What is your company name?
ما هو اسم الشركة الخاصة بكم؟

What is the nature of your business?
ما هي طبيعة عملك؟

Please state the applicants' combined earned/unearned income from all sources including any bonuses.
يرجى تحديد مدخول طالبي التأمين المجمَّع المكتسب / غير المكتسب من جميع المصادر بما فيه أي علاوات.

Currency
العملة

	This year السنة الحالية	Last year السنة الماضية	Previous year السنة الماضية
Earned الدخل المكتسب			
Unearned الدخل غير المكتسب			

If you have stated annual unearned income please provide details.
في حال صرَّحتم عن دخل غير مكتسب سنوي يرجى تقديم تفاصيل وافية بشأنه.

03 LIFE OR LIVES ASSURED DETAILS بيانات حول المؤمن على حياته/ المؤمَّنين على حياتهم

There can be up to 2 lives assured on the policy. If either applicant is to be a life assured, please confirm by ticking the boxes below. Please note that if you require waiver of premium benefit, this will apply only to the first life assured.

تشمل البوليصة خيار التأمين على حياة شخصين كحد أقصى. في حال كان أي من طالبيّ التأمين هو نفسه المؤمن على حياته، الرجاء التأكيد على ذلك من خلال وضع علامة في الخانة الملائمة أدناه، علماً أنه في حال اخترتم تعويض الإعفاء من سداد الاقساط، فلا ينطبق ذلك إلا على المؤمَّن على حياته الأول.

	First applicant الأول طالب	Second applicant (if applicable) الثاني مؤمَّن (إن وجد)
The applicant is also a life assured? هل طالب التأمين هو نفسه المؤمَّن على حياته؟	☐ Yes نعم ☐ No لا	☐ Yes نعم ☐ No لا

If either applicant ticks yes then go to "Details of occupation and duties" below.
في حال أجاب أي من طالبيّ التأمين على هذا السؤال بـ «نعم»، يجب الانتقال عندها إلى فقرة «تفاصيل عن المهنة والمهام» أدناه.

If the lives assured are different to the applicants then complete all details as requested below.
في حال كان المُؤمَّنون على حياتهم غير طالبي التأمين، يرجى عندها تعبئة كامل التفاصيل المطلوبة أدناه.

	First life assured المؤمَّن على حياته الأول	Second life assured (if applicable) المؤمَّن على حياته الثاني (إن وجد)
Sex (please tick) الجنس (اختر الإجابة المناسبة)	☐ Male ذكر ☐ Female أنثى	☐ Male ذكر ☐ Female أنثى
Title (please tick) اللقب (اختر الإجابة المناسبة)	☐ Mr السيد ☐ Mrs السيدة ☐ Miss آنسة	☐ Mr السيد ☐ Mrs السيدة ☐ Miss آنسة
Other (in full) غير ذلك (يرجى التوضيح بشكل كامل)		
First name(s) الاسم الأول (واحدًا كان أو أكثر)		
Last name(s) اسم الوالد (واحدًا كان أو أكثر)		
Current residential address and postcode (in full) عنوان الإقامة الحالي مع الرمز البريدي (العنوان الكامل)		
Country of residence بلد الإقامة		
Home telephone number رقم هاتف المنزل		
Mobile telephone number رقم الهاتف الخليوي		
Email address رقم هاتف المنزل		
Nationality البريد الالكتروني		
Date of birth (dd/mm/yyyy) تاريخ الولادة (اليوم/ الشهر/السنة)	☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐	☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐
Relationship to first applicant العلاقة بطالب التأمين الأول		

Exact occupation and duties تحديد الوظيفة والمهام

What is your exact occupation?
حدِّد بشكل دقيق المهنة التي تمارسها

What is your company name?
ما هو اسم الشركة الخاصة بكم؟

What is the nature of your business?
ما هي طبيعة عملك؟

Details of occupation and duties تفاصيل عن الوظيفة والمهام

Which of the following do you perform in the course of your work? (Please indicate the % spent in each, and ensure the total adds up to 100%.)

أي من المهام التالية تندرج في سياق عملك؟ (الرجاء تحديد نسبة الوقت الذي تخصصه لإنجاز كل مهمّة، وتأكد من أن المجموع يعادل 100%)

	First life assured المؤمّن على حياته الأول	Second life assured المؤمّن على حياته الثاني
Managerial, administration, clerical and meetings? مهام إدارية تنفيذية، مكتبية، اجتماعات؟	%	%
Skilled, technical, light manual and supervisory on a shop or factory floor? مهام متخصصة، تقنية، أعمال يدوية بسيطة، الإشراف على متجر أو مصنع؟	%	%
Sales (shop/office based), mobile sales, sales management or sales assistance? مبيعات (قائمة في متجر/مكتب)، بيع متنقل، إدارة المبيعات أو مساعد مبيعات؟	%	%
Manual skilled, light unskilled or factory work, including lifting? يد عاملة ماهرة، عمل لا يتطلب مهارات كبيرة أو العمل في مصنع، بما فيه رفع الأحمال؟	%	%
Unskilled work, heavy manual or heavy lifting? عمل لا يتطلب مهارات، أو أعمال يدوية صعبة أو رفع أحمال ثقيلة؟	%	%
	= 100%	= 100%
How much work is carried out at home? ما نسبة الأعمال المنجزة في المنزل؟	%	%
Do you work more than 16 hours per week? هل تعمل لأكثر من 16 ساعة أسبوعيًا؟	☐ Yes نعم ☐ No لا	☐ Yes نعم ☐ No لا
Do you receive payment from any other occupation? هل تتلقى أجراً لقاء أي عمل آخر؟	☐ Yes نعم ☐ No لا	☐ Yes نعم ☐ No لا
If yes, please state other occupation. في حال الإجابة بنعم، الرجاء تحديد العمل الآخر		

All applicant(s) and each life assured must sign the Declaration in Section 11 and the following should be submitted to support the application.

يتعين على كل طالب (طالبي) تأمين وعلى كل مؤمَّن على حياته أن يوقع الاقرار الوارد في مع تأمين المستندات التالية لدعم الطلب.

- Full true certified copy of a current passport or national identity card carrying a photograph for each applicant and/or life assured.
  نسخة مصدقة طبق الأصل عن جواز سفر صالح أو بطاقة هوية سارية المفعول تحمل رسمًا شمسيًا لكل طالب تأمين و/أو مؤمَّن على حياته.
- Documentary evidence of each applicant's and/or life assured's current residential address (i.e. original or true certified copy of utility, rates, council tax bill, entry from local telephone directory, extract from electoral roll, state benefit book, tax assessment or a mortgage statement). Documents must be less than 3 months old in the case of utility bills etc.
  مستندات تثبت مكان الإقامة الحالي لكل طالب تأمين و/أو مؤمَّن على حياته (أي نسخة أصلية أو صورة طبق الأصل ومصدَّقة عن فواتير الخدمات العامة، رسوم الضرائب، ضريبة المجلس البلدي، قيود من دليل الهاتف المحلي، نسخة عن سجل الانتخاب، رخصة قيادة نافذة، دفتر الإعانات الحكومية، بيان التقييم الضريبي أو بيان الرهن). لا يجب أن يعود تاريخ إصدار المستندات لأكثر من 3 أشهر بالنسبة إلى فواتير الخدمات العامة، إلخ.

Correspondence address عنوان المراسلات

If, for any reason, you want correspondence to be sent to a different address you can provide a correspondence address below. In the interest of the security of your policy, RL360 recommends that you carefully select the most reliable addressee and correspondence address and advise RL360 of any subsequent change of name and address during the course of your policy. However, RL360 accepts no responsibility for the consequences of sending correspondence to this address.

في حال رغبتم، لأي سبب من الأسباب، باستلام المراسلات على عنوان مختلف، يمكنكم تحديد عنوان للمراسلات فيما يلي. وللمحافظة على سلامة بوليصة التأمين الخاصة بكم، تنصحكم شركة آر إل 360 أن تختاروا بعناية شخصا موثوقا وعنوانا مأمونا لإرسال البوليصة إليه، وأن تخطروا شركة آر إل 360 بأي تعديل لاحق لاسم المرسل إليه والعنوان خلال مدة صلاحية البوليصة. مع ذلك، لا تتحمل شركة آر إل 360 أي مسؤولية عن عواقب قد تنتج عن إرسال البوليصة إلى العنوان المحدد.

Name of addressee
اسم المرسل إليه

Correspondence address and postcode
عنوان المراسلات والرمز البريدي

Country
البلد

Telephone number
رقم الهاتف

Email address
رقم هاتف المنزل

04 POLICY DETAILS تفاصيل بوليصة التأمين

Provide policy benefits in United States dollars (USD) only.

يرجى تحديد تعويضات البوليصة بالدولار الامريكي فقط.

	First life assured المؤمّن على حياته الأول	Second life assured المؤمّن على حياته الثاني
Amount of primary life cover required المقدار المطلوب للتغطية الأساسية على الحياة		
Do you require critical illness cover? (maximum age at entry 59 years attained) هل تحتاج إلى تغطية الأمراض الخطيرة؟ (الحد الأقصى للعمر عند الدخول 59 سنة)	☐ Yes نعم ☐ No لا	☐ Yes نعم ☐ No لا
If 'yes' please state the amount of benefit required إذا كان "نعم" يرجى ذكر مقدار التعويض المطلوب		
Do you require term life cover? هل تحتاج إلى تغطية مدى الحياة؟	☐ Yes نعم ☐ No لا	☐ Yes نعم ☐ No لا
If 'yes' please state the amount of benefit required and for what length of time the benefit is required (minimum 5 years, maximum 61 years) إذا كان "نعم" يرجى ذكر مقدار التعويض المطلوب، وإلى أي فترة زمنية مطلوبة (الحد الأدنى 5 سنوات، والحد الأقصى 61 عامًا)	years سنوات	years سنوات
Do you require term critical illness cover? هل تحتاج إلى تغطية الأمراض الخطيرة مدى الحياة؟	☐ Yes نعم ☐ No لا	☐ Yes نعم ☐ No لا
If 'yes', please state amount of benefit required. إذا كان "نعم" يرجى ذكر مقدار التعويض المطلوب.		
Do you require accidental death benefit? (maximum age at entry 59 years attained) هل تحتاج إلى تعويض في حال الوفاة الناجمة عن وقوع حادث؟ (الحد الأقصى للعمر عند الدخول 59 سنة)	☐ Yes نعم ☐ No لا	☐ Yes نعم ☐ No لا
Do you require waiver of premium benefit? (only available to the single/first life to be insured, maximum age at entry 59 years attained) هل تتطلب تعويض التنازل عن قسط التأمين؟ (متوفر فقط للمؤمّن على حياته المنفرد/الأول، مع مراعاة ألا يتجاوز الحد الأقصى للعمر عند الدخول 59 عامًا)	☐ Yes نعم ☐ No لا	☐ Yes نعم ☐ No لا

Children's critical illness cover: Please provide the names (in full) of any eligible children to be covered (only available if accelerated critical illness cover has been selected). Please note eligible children must be aged between 1 and 17 to apply.

تغطية مرض الأولاد الخطير: يرجى تحديد الاسم الكامل لكل طفل مؤهل للاستفادة من التغطية (متوفر فقط في حال اختيار تغطية المرض الخطير المُعجَّلة). يرجى التنبّه إلى أن الأطفال المؤهلين هم الذين يبلغون من العمر سنة واحدة وأتموا الـ 17 عامًا.

	Child 1 الطفل 1	Child 2 الطفل 2	Child 3 الطفل 3
Full name الاسم			
Sex (please tick) الجنس (اختر الإجابة المناسبة)	☐ Male ذكر ☐ Female أنثى	☐ Male ذكر ☐ Female أنثى	☐ Male ذكر ☐ Female أنثى
Date of birth (dd/mm/yyyy) تاريخ الولادة (اليوم/ الشهر/السنة)			

Have any of these children suffered from, or received, medical advice or treatment for any disease(s) of the heart, kidneys, brain or nervous system, or any form of cancer, or any other illness apart from minor childhood ailments or do any familial or congenital conditions exist?

هل سبق أن عانى أي من الأطفال المذكورين أو تلقوا علاجا أو مشورة طبية لأي مرض (أمراض) تتعلق بالقلب أو الكلى أو الدماغ أو الجهاز العصبي أو أي نوع من أنواع السرطان أو أي مرض آخر غير الاعتلالات البسيطة التي يصاب بها الأطفال عادة، وهل من أمراض خِلقيّة أو تاريخ أمراض أخرى في العائلة؟

Yes نعم ☐ No لا ☐ If yes, provide full details in Section 09.
عند الإجابة بنعم، الرجاء إيراد كامل التفاصيل في القسم 09.

05 PREMIUMS أقساط التأمين

The only policy currency we accept for LifePlan Lebanon is United States dollars (USD).

إن عملة البوليصة الوحيدة المقبولة لتسديد خطة التأمين على الحياة - لبنان هي الدولار الأمريكي.

Premium amount مبلغ قسط التأمين	USD دولار أمريكي			
Premium frequency فترات تسديد الأقساط	☐ Monthly شهريا	☐ Quarterly على أساس ربع سنوي	☐ Half-yearly نصف سنوي	☐ Yearly سنويًا
Premium term أجل قسط التأمين	☐ Whole life طوال العمر	☐ Fixed term أجل محدد	for لمدة ☐ years سنوات	

06 CHOICE OF INVESTMENT FUNDS اختيار صناديق الاستثمار

List your choice of funds in the table below.
حدِّد الصناديق الاستثمارية التي تختارها في الجدول أدناه.

You must invest a minimum of 50% of your premium in the Lebanese Deposit Fund.
يجب استثمار 50% على الاقل من قسط التأمين خاصتكم في صندوق إيداع لبناني.

Please ensure that the percentages invested total 100%.
الرجاء التأكد من أن النسبة المئوية المُستثمرة تعادل 100%

Fund name اسم الصندوق	ISIN	Percentage of premium نسبة قسط التأمين
Lebanese Deposit Fund صندوق إيداع لبناني	–	%
		%
		%
		%
		%
		%
		100%

07 LIFESTYLE DETAILS تفاصيل عن نمط الحياة

This section must be completed. If you answer yes to any question please provide additional information in Section 09. Please note all questions must be answered in full, any questions answered with "N/A", "-" or "/" are not acceptable.
يجب تعبئة هذا القسم بالكامل. إذا أجبت بنعم على أي سؤال يرجى تقديم معلومات إضافية في علمًا أنه يجب الإجابة عن جميع الأسئلة بالكامل، كما أن الإجابة على أي سؤال بعبارة «غير متوفرة» أو «/» لن تعتبر مقبولة.

		First life assured المؤمّن على حياته الأول	Second life assured (if applicable) المؤمّن على حياته الثاني (إن وجد)
7.1	Do you currently have an existing policy with RL360 Insurance Company Limited? هل تملكون حاليًا بوليصة تأمين مع آر إل 360 إنشورنس كومبني ليمتد؟	☐ Yes نعم ☐ No لا	☐ Yes نعم ☐ No لا
	If yes, please insert your policy number in the appropriate box. في حال الإجابة بنعم، الرجاء إدراج رقم البوليصة في الخانة الملائمة		
7.2	Please state your height يرجى تحديد الطول	☐ feet أقدام ☐ inches بوصة ☐ cm سم	☐ feet أقدام ☐ inches بوصة ☐ cm سم
7.3	Please state your weight يرجى تحديد الوزن	☐ pounds باوند (رطل) ☐ kg كلغ	☐ pounds باوند (رطل) ☐ kg كلغ
7.4	In the past 12 months have you used tobacco products (cigarettes, cigar, e-cigarettes or chewing)? خلال الأشهر الاثني عشر الماضية هل استعملتم منتجات التبغ (السجائر، السيجار، السيجارة الالكترونية أو العلكة)	☐ Yes نعم ☐ No لا	☐ Yes نعم ☐ No لا
	If yes, please state your daily consumption. في حال الإجابة بنعم، الرجاء تحديد استهلاككم اليومي		
7.5	Is there any feature of your lifestyle, work or leisure activities or any other circumstances or fact which might affect or threaten your health or life expectancy? If yes, please state full details in Section 09. هل من أي أمر في نمط حياتكم أو عملكم أو النشاطات الترفيهية التي تقومون بها أو أي ظرف آخر أو واقع قد يؤثر أو يهدد صحتكم أو حياتكم؟ عند الإجابة بنعم، الرجاء إيراد كامل التفاصيل في القسم	☐ Yes نعم ☐ No لا	☐ Yes نعم ☐ No لا
7.6	Do you intend to fly, other than as a fare paying passenger on licensed commercial airlines or participate in any hazardous pursuits? For example underwater diving, motor racing? If yes, please complete the supplementary Aviation Questionnaire or other relevant pursuit questionnaire. هل تنوون المشاركة في أي شكل من أشكال الطيران غير السفر كراكب على متن خطوط طيران تجارية أو المشاركة في أي أنشطة خطرة؟ مثلا الغطس تحت الماء أو سباقات السرعة؟ عند الإجابة بنعم، الرجاء تعبئة استمارة السفر جواً الإضافية المكمِّلة أو أي استمارة أخرى خاصة بالأنشطة الخطرة.	☐ Yes نعم ☐ No لا	☐ Yes نعم ☐ No لا
7.7	Will you be out of your stated country of residence for 30 days or more in any one year? If yes, please state full details of countries to be visited, nature of visit and length of stay in Section 09. هل ستبقون خارج بلد الإقامة المُسمَّى لثلاثين (30) يوما أو أكثر خلال أي سنة واحدة؟ عند الإجابة بنعم، الرجاء إيراد كامل التفاصيل حول البلدان التي ستقومون بزيارتها، وطبيعة الزيارة ومدة الإقامة المنصوص عليها في القسم 09.	☐ Yes نعم ☐ No لا	☐ Yes نعم ☐ No لا
7.8	Do you expect or intend to seek a medical opinion within the next 8 weeks? If yes, please state full details in Section 09. هل تتوقعون أو تنوون الحصول على رأي طبي خلال الأسابيع الثمانية المقبلة؟ عند الإجابة بنعم، الرجاء إيراد كامل التفاصيل في القسم	☐ Yes نعم ☐ No لا	☐ Yes نعم ☐ No لا

07 LIFESTYLE DETAILS CONTINUED تفاصيل عن نمط الحياة تابع

7.9 Has any insurer ever declined, postponed or accepted an application on your life on special terms, or have you withdrawn an application? If yes, please state the company(ies), reason(s) and date(s) in Section 09.
هل سبق لأي شركة تأمين أن رفضت أو أرجأت أو قبلت طلبًا على حياتكم بشروط خاصة، أو هل سحبتم طلبًا مقدم من جانبكم؟ إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى ذكر الشركة (الشركات)، السبب (الأسباب) والتاريخ (التواريخ) في القسم 09.

☐ Yes نعم ☐ No لا ☐ Yes نعم ☐ No لا

7.10 Do you have any existing insurance policies (including benefits with RL360 Insurance Company Limited) or are you applying or expecting to apply for insurance benefits with other companies, or do you intend to discontinue any existing cover? Please state the total amount of life and critical illness cover taken out on your life in the last 12 months, including reinstated policies, and the cover currency in Section 09.
هل لديكم أي بوليصة تأمين قائمة (بما في ذلك المزايا مع شركة آر إل 360 للتأمين المحدودة) أم أنكم تقدمون أو تتوقعون التقدم للحصول على استحقاقات التأمين مع شركات أخرى، أو هل تنوون وقف أي غطاء موجود؟ الرجاء تحديد كامل مبلغ التغطية على الحياة وعلى الأمراض الخطيرة الذي تم تنظيمه على حياتكم خلال الأشهر الاثني عشر الماضية، بما في ذلك بوالص التأمين التي أعيد سريانها وعملة مبالغ التغطية في القسم 09.

☐ Yes نعم ☐ No لا ☐ Yes نعم ☐ No لا

Current medical attendant (this section MUST be completed) الطبيب الحالي (يجب أن يكتمل هذا القسم)

Please provide details of your usual medical attendant/attending physician below. If you have no usual medical attendant/attending physician, please provide details of the last doctor you consulted and the reason.
الرجاء إعطاء تفاصيل عن طبيبكم المعالج/طبيب الأسرة في ما يلي. في حال عدم وجود طبيب معالج / طبيب أسرة، الرجاء تقديم تفاصيل حول آخر طبيب قمتم بزيارته وسبب الزيارة.

	First life assured المؤمّن على حياته الأول	Second life assured (if applicable) المؤمّن على حياته الثاني (إن وجد)
Name of doctor اسم الطبيب		
Number of years attended عدد سنوات المتابعة من الطبيب		
Address and postcode (in full) العنوان والرمز البريدي (بالكامل)		
Country البلد		
Date of last visit (dd/mm/yyyy) تاريخ آخر زيارة (يوم / شهر / سنة)	☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐	☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐
Reason for last visit سبب الزيارة الأخيرة		
Results of last visit نتائج الزيارة الأخيرة		

(If you require more space, please continue on a separate sheet.)
(إن احتجتم لمساحة إضافية، الرجاء الاستعانة بورقة منفصلة)

08 MEDICAL QUESTIONS أسئلة طبية

This section must be completed. If you answer yes, please provide additional information in Section 09. Please note all questions must be answered in full, any .questions answered with "N/A", "-" or "/" are not acceptable

يجب تعبئة هذا القسم بالكامل. إذا أجبت بنعم، يرجى تقديم معلومات إضافية في. علمًا أنه يجب الإجابة عن جميع الأسئلة بالكامل، كما أن الإجابة على أي سؤال بعبارة «غير متوفرة» أو «/» لن تعتبر مقبولة.

		First life assured المؤمّن على حياته الأول		Second life assured (if applicable) المؤمّن على حياته الثاني (إن وجد)	
8.1	Have you ever been advised to give up tobacco and/or alcohol for any specific reason? هل أوعِز إليكم يوماً بالإقلاع عن التدخين و/أو شرب الكحول لأي سبب من الأسباب؟	☐ Yes نعم	☐ No لا	☐ Yes نعم	☐ No لا
8.2	Have either your drinking or tobacco habits differed in the last five years? هل تغيرت عاداتكم في شرب الكحول أو التدخين خلال السنوات الخمس الماضية؟	☐ Yes نعم	☐ No لا	☐ Yes نعم	☐ No لا
8.3	Please state the specific amount of your average weekly consumption of alcohol (quantity and type). الرجاء تحديد بشكل دقيق معدّل استهلاككم الأسبوعي للكحول (الكمية والنوعية).	☐ beer (in litres) البيرة (باللتر) ☐ wine (75cl bottles) النبيذ (زجاجات سعة 75 سنتيلتر) ☐ spirits (measures) المشروبات الروحية (بالمقادير المحددة)		☐ beer (in litres) البيرة (باللتر) ☐ wine (75cl bottles) النبيذ (زجاجات سعة 75 سنتيلتر) ☐ spirits (measures) المشروبات الروحية (بالمقادير المحددة)	

Do you have or have you ever had any of the following?

هل لديك أو كان لديك أي وقت مضى أي من التالي؟

8.4	Heart or circulatory disorders e.g. high blood pressure, stroke, chest pains, heart murmur, palpitations, rheumatic fever, blood vessel disorders, elevated cholesterol? مشاكل في القلب أو اضطرابات في الدورة الدموية مثلا ارتفاع ضغط الدم، سكتة دماغية، الآلام في الصدر، نفخة قلبيّة، خفقان القلب، حمّى الرُّوماتزم، اضطرابات في شرايين القلب، معدل كوليسترول مرتفع؟	☐ Yes نعم	☐ No لا	☐ Yes نعم	☐ No لا
8.5	Respiratory or lung trouble e.g. asthma, bronchitis, persistent cough, tuberculosis? مشاكل في الجهاز التنفسي أو الرئة مثل الربو، التهاب في الشعب الهوائية، التهاب رئوي، سعال دائم، التدرن الرئوي (السل)؟	☐ Yes نعم	☐ No لا	☐ Yes نعم	☐ No لا
8.6	Disorders of the digestive system, gall bladder or liver e.g. duodenal ulcer, bleeding from the bowel, hepatitis? مشاكل في الجهاز الهضمي، أو المرارة أو الكبد مثلا قرحة اثنا عشريّة، نزيف من الأمعاء، التهاب الكبد؟	☐ Yes نعم	☐ No لا	☐ Yes نعم	☐ No لا
8.7	Disease or disorder or infection of the kidneys, bladder or reproductive organs e.g. protein or blood in the urine, stones, prostatitis, venereal disease, bilharzia? أمراض أو اضطرابات أو التهابات في الكلى، أو المثانة أو الأعضاء التناسلية مثلا البروتين أو الدم في البول، الحصى، التهاب البروستاتة، مرض تناسليّ، البلّهارسيّة.	☐ Yes نعم	☐ No لا	☐ Yes نعم	☐ No لا
8.8	Nervous, neurological or mental complaint e.g. fits, epilepsy, blackouts, persistent headaches, paralysis, anxiety state, depression? اضطرابات عصبية أو عقلية أو ذهنية مثلا نوبات، الصرع، فقدان الذاكرة المؤقت، صداع دائم، الشلل، حالة قلق، كآبة	☐ Yes نعم	☐ No لا	☐ Yes نعم	☐ No لا
8.9	Ear, eye, nose, throat or skin disorders e.g. ear discharge, defective vision, recurrent tonsillitis, porphyria, psoriasis, dermatitis? الأذن، العين، الأنف، الحلق أو اضطرابات الجلد مثل تقريح الأذن، الرؤية المعيبة، التهاب اللوزتين المتكررة، البورفيريا، الصدفية، التهاب الجلد؟	☐ Yes نعم	☐ No لا	☐ Yes نعم	☐ No لا
8.10	Disorders or disease of muscles, bones, joints, limbs or spine e.g. rheumatism, arthritis, gout, slipped disc, other back or neck troubles? اضطرابات أو أمراض تتعلق بالعضلات أو العظام أو المفاصل أو الأطراف أو العمود الفقري مثلا التهاب المفاصل، روماتيزم، داء المفاصل، ديسك (في العَمود الفقْريّ)، أو مشاكل أخرى في الظهر أو الرقبة؟	☐ Yes نعم	☐ No لا	☐ Yes نعم	☐ No لا
8.11	Diabetes, sugar in urine, blood or spleen disorders, thyroid or other glandular disorders? السكري، السكر في البول، اضطرابات الدم أو الطحال، الغدة الدرقية أو اضطرابات غدية أخرى؟	☐ Yes نعم	☐ No لا	☐ Yes نعم	☐ No لا
8.12	Cancer, leukaemia, tumour or growth of any kind? السرطان، سرطان الدم، ورم أو نمو من أي نوع؟	☐ Yes نعم	☐ No لا	☐ Yes نعم	☐ No لا
8.13	Are any medicines or drugs currently prescribed for you, or are you receiving any medical or psychiatric treatment or advice or awaiting surgery? هل توجد أدوية أو أدوية موصوفة لك حاليا، أم أنك تتلقى أي علاج أو نصيحة طبية أو نفسية أو تنتظر الجراحة؟	☐ Yes نعم	☐ No لا	☐ Yes نعم	☐ No لا
8.14	Have you received, or do you expect to receive, any advice, counselling, treatment or blood tests in connection with AIDS, HIV or an HIV related disorder or any sexually transmitted disease including hepatitis B? هل سبق أن حصلتم أو تنوون الحصول على أي مشورة أو استشارة أو علاج أو أجريتم فحوصات دم ترتبط بمتلازمة نقص المناعة المكتسب - الإيدز AIDS أو بفيروس نقص المناعة البشرية HIV أو أي اضطرابات أخرى ترتبط بفيروس نقص المناعة البشرية أو أي مرض آخر منقول جنسيا بما فيه «التهاب الكبد ب»؟	☐ Yes نعم	☐ No لا	☐ Yes نعم	☐ No لا
8.15	Have you ever been counselled or treated in connection with alcohol or drugs? هل سبق أن تلقيتم العلاج أو جرت متابعتكم بسبب تعاطي الكحول أو المخدرات؟	☐ Yes نعم	☐ No No	☐ Yes نعم	☐ No لا

Does/has any member of your immediate family:

هل سبق لأي فرد من أقربائكم من الدرجة الأولى أن:

8.16	suffer/ed from cancer, diabetes, stroke, kidney disease, multiple sclerosis, heart disease, high blood pressure? عانى في الوقت الحاضر أو في السابق من السرطان أو السكري أو الجلطة الدماغية أو أمراض الكلى أو التَصَلُّبُ المُتَعَدِّد، أو أمراض القلب أو مستوى ضغط مرتفع؟	☐ Yes نعم	☐ No لا	☐ Yes نعم	☐ No لا
8.17	suffer/ed from any hereditary disease? عانى في الوقت الحاضر أو في السابق من أي مرض وراثي؟	☐ Yes نعم	☐ No لا	☐ Yes نعم	☐ No لا
8.18	died before the age of 65? توفي قبل سن 65؟	☐ Yes نعم	☐ No لا	☐ Yes نعم	☐ No لا

If you have answered yes to any of the above questions, please provide full details including your relationship to the family member and their age of diagnosis/death, in Section 09.

عند الإجابة بنعم على أيٍّ من الأسئلة الواردة أعلاه يرجى تقديم تفاصيل كاملة بما فيها علاقتكم بأعضاء عائلتكم وعمرهم وقت تشخيص المرض/ الوفاة في.

09 ADDITIONAL INFORMATION معلومات إضافية

Where any question(s) have been answered yes, or where further details are required to any answer(s) please provide as much information as possible in the space provided below. Please state which question(s) the details relate to and, if applicable, which life assured (first life assured and/or second life assured). If you require more space, please continue on a separate sheet.

في حال أجبتم على أي سؤال بعبارة نعم، أو في حال كان لا بد من إيراد تفاصيل إضافية على أي سؤال، الرجاء تأمين القدر الكافي من المعلومات في الخانة المخصَّصة لذلك في ما يلي. الرجاء تحديد السؤال المعني الذي توردون تفاصيل بشأنه، وبأي مؤمَّن على حياته تتعلق هذه المعلومات (المؤمن على حياته الأول/الثاني) حيثما ينطبق ذلك. إذا كنت تحتاج إلى مساحة أكبر، يرجى المتابعة على ورقة منفصلة.

Question number رقم السؤال	Life assured (tick as appropriate) المؤمّن على حياته (ضع علامة اختيار على البنود المناسبة)		Details التفاصيل
	First الأول	Second الثاني	

10 IMPORTANT NOTES ملاحظات هامة

The answers provided on this form will be used to assess your application and you must, therefore, answer them fully and to the best of your knowledge and belief. You must also give RL360 any other information which might be relevant and which could influence the decision to accept your application. If you are unsure whether a particular fact is relevant, you should disclose it. Withholding any relevant information may result in the forfeiture of your protection benefits even if your application has been formally accepted. In such event, all monies paid may be forfeited. Please give careful consideration to the declaration before signing it.

وسيتم استخدام الإجابات المقدمة في هذه الاستمارة لتقييم طلبك ولذلك، يجب عليك الإجابة عليها بشكل كامل وعلى حد علمك واعتقادك. كما يتعيّن عليكم أيضًا تزويد شركة آر إل 360 بأي معلومات أخرى قد تكون ذات صلة والتي قد تؤثر على قرارنا بقبول طلبكم. وحتى لو لم تكونوا واثقين من ارتباط أي حدث معيّن بهذا، عليكم بالافصاح عنه. قد يؤدي حجب أي معلومات ذات صلة إلى مصادرة مخصصات الحماية الخاصة بك حتى لو تم قبول طلبك رسميا. وفي هذه الحالة، يمكن أن تسقط كافة المبالغ التي يكون قد تم تسديدها. الرجاء إيلاء الاهتمام الواجب لهذا الإقرار قبل التوقيع عليه.

Before the policy comes into force, any change of facts contained in the answers given must be notified to RL360 in writing. RL360 reserves the right to amend the terms on which your application may have been accepted or to withdraw acceptance in the event of any such change.

قبل بدء سريان السياسة، يجب تقديم إخطار بأي تغيير يطرأ على الحقائق الواردة في الإجابات المقدمة إلى آر إل 360 كتابةً. وتحتفظ آر إل 360 بالحق في تعديل الشروط التي قد يكون قد تم قبول الطلب الخاص بكم أو لسحب القبول في حال حدوث أي تغيير من هذا القبيل.

Your application is not binding and no policy will exist until RL360 has issued a letter of acceptance, all conditions therein have been complied with and your Policy Schedule has been issued.

كما أن استمارة الطلب هذه ليست مُلزِمة ولن يكون من أي بوليصة نافذة ما لم تصدر شركة آر إل 360 كتاب قبول، وما لم يتم التقيد بكافة الشروط الواردة فيها وما لم يتم إصدار جدول البوليصة الخاصة بكم.

Full details can be obtained by reading the LifePlan Lebanon Terms and Conditions.

يمكن الاطلاع على التفاصيل الكاملة من خلال قراءة الشروط والأحكام الخاصة بخطة التأمين على الحياة – لبنان.

11 DECLARATION إعلان

For lives assured بالنسبة إلى المؤمن عليهم

11.1 I declare that I have read and understood the important notes in Section 10 and that all statements made by me, whether in my handwriting or not, are true and complete. I also declare that to the best of my knowledge and belief, I have disclosed all relevant information concerning this application, whether or not covered by the questions in this application or any supplementary questionnaires which might influence RL360's decision to issue my policy.

أقر بأنني قرأت وفهمت الملاحظات الهامة الواردة في ، وأن جميع البيانات التي أدليت بها، سواء كانت مدونة بخطي أو لا، هي جميعها بيانات صحيحة وكاملة. وأقر أيضاً أنه وفقًا لمعلوماتي واعتقادي، فقد كشفت عن جميع المعلومات ذات الصلة المتعلقة بهذا الطلب، سواء أكانت مشمولة بالأسئلة الواردة في هذا الطلب أم لا، أو أية استبيانات إضافية قد تؤثر على قرار آر إل 360 بإصدار بوليصة تأميني.

11.2 I will disclose to RL360 any changes to the information given in this application which occur prior to the commencement of the policy.

سوف أخطر شركة آر إل 360 بأي تغييرات تلحق بالمعلومات التي أدليت بها في استمارة الطلب هذه قبل بدء سريان البوليصة.

11.3 By signing below I irrevocably consent to RL360 seeking from any doctor, hospital, medical institution or other person, information which may be related to my occupation, physical or mental health, including the result of any test, and I authorise the giving of such information. This authorisation shall remain in force after my death.

من خلال التوقيع أدناه، أخوّل بشكل غير قابل للرجوع، شركة آر إل 360 الحصول من أي طبيب أو مستشفى أو مؤسسة طبية أو أي شخص آخر، على معلومات قد ترتبط بمهنتي أو صحتي الجسدية والعقلية بما في ذلك نتائج أي فحوصات، كما أجيز بالكشف عن هذه المعلومات. على أن يبقى هذا التخويل ساريا حتى بعد وفاتي.

For applicants لطالبي التأمين

11.4 I agree that all statements, together with any forms, statements, reports or other information completed or supplied by me or any party on my behalf, shall form the basis of the policy with RL360.

أوافق على أن جميع البيانات، إلى جانب أي استمارات أو تصاريح أو تقارير أو غيرها من المعلومات التي أدليت بها أو وفرتها أو أدلى بها أو وفرها أي شخص بالنيابة عني، تعتبر أساساً للبوليصة مع شركة آر إل 360

11.5 I have read and understood the Product Guide and the Key Information Document and understand the charges that may be levied.

لقد قرأت وفهمت الكتيّب والميزات الأساسية وإني على علم كامل بالرسوم التي قد تقتطع

11.6 I agree to accept a policy in the form and containing the standard terms, conditions and rules ordinarily used by RL360 for the type of benefits for which I have applied. In addition, RL360 shall not be bound in any way by any representations or undertakings made or given by any person save as contained in the policy as issued. It is further agreed and understood that, notwithstanding any statement made to the contrary by any person, no policy comes into existence and no liability whatsoever will attach to RL360 as a result of this application unless and until the first premium has been received by RL360 and express written notice of acceptance of risk is issued by RL360.

أوافق على قبول البوليصة من حيث الشكل بما فيها من بنود وشروط وقواعد تتبعها آر إل 360 في العادة لنوعية التعويضات التي تقدمت بطلب للانتفاع بها. وبالإضافة إلى ذلك، فلن تكون آر إل 360 ملزمة بأي شكل من الأشكال بالتقييد بأي تعهدات أو وعود قدمها أي شخص بخلاف ما وارد في البوليصة الصادرة. كما أوافق وأعي أيضا أنه، على الرغم من أي إقرارات صادرة بخلاف ذلك من أي شخص، لن تصبح أي بوليصة سارية المفعول ولن تنشأ أي مسؤولية كانت على شركة آر إل 360 نتيجة استمارة الطلب هذه إلا ولغاية تسديد القسط الأول لصالح شركة آر إل 360 واستلامه منها وإصدار شركة آر إل 360 إشعار خطي صريح بقبولها للمخاطر.

11.7 To the best of my knowledge and belief I am not subject to any legislation that would make this application unlawful.

على حد اعتقادي وعلمي لست خاضعاً لأي تشريع قد يجعل من هذا الطلب غير قانوني.

11.8 I confirm that on my own initiative I requested and received information about the policy from my financial adviser. On the basis of that information, I hereby apply for this policy. I understand that the policy is offered by RL360 which is established in the Isle of Man and as such is subject to the supervisory arrangements of the Isle of Man Government Financial Services Authority.

أقر أنه بمبادرة خاصة مني، طلبت واستملت المعلومات حول البوليصة من مستشاري المالي. وعلى أساس هذه المعلومات، أتقدم بموجب هذا بطلب لهذه البوليصة . وأعي أن البوليصة مقدمة من شركة آر إل 360 القائمة في جزيرة مان وبالتالي فإن شركة آر إل 360 خاضعة للتدابير التنظيمية المعمول بها لدى هيئة الخدمات المالية في جزيرة مان.

11.9 I understand that unless I provide a different address for correspondence in Section 03, all correspondence from RL360 shall be sent to the first named applicant at the permanent address given for that applicant. I acknowledge that any person who is advising me regarding the policy for which I am applying, is acting for me and not on behalf of RL360.

أدرك أنه ما لم أقدم عنوانًا مختلفًا للمراسلة في القسم 03، فسوف تُرسل جميع المراسلات الواردة من آر إل 360 إلى طالب التأمين الأول المسمى على العنوان الدائم المقدم له. وإنني أعي بأن أي شخص يقدّم لي النصح بالنسبة إلى البوليصة التي أتقدم بطلب بشأنها، فإنه يتصرف بالنيابة عني وليس عن شركة آر إل 360.

11.10 I will disclose to RL360 any changes to the information given in this application which occur prior to the commencement of the policy.

سوف أخطر شركة آر إل 360 بأي تغييرات تلحق بالمعلومات التي أدليت بها في استمارة الطلب هذه قبل بدء سريان البوليصة.

11 DECLARATION CONTINUED إعلان (تابع)

Data Protection حماية البيانات

Any data you provide may be shared, if allowed by law, with other companies both inside and outside of RL360 and to persons who act on your behalf. Data and information about you can be transferred outside of the Isle of Man and RL360 may be required to provide it to its regulator, government or anyone else required by law. RL360 will use your data and information to allow for the administration of your policy, prevent crime, prosecute criminals and for market research and statistics. RL360 will, at all times, make sure that your data and information is only used in ways that are allowed by law.

يمكن مشاركة أي بيانات تقدمها، إذا سمح القانون بذلك، مع الشركات الأخرى داخل وخارج آر إل 360 والأشخاص الذين يتصرفون نيابة عنك. وسوف تستعمل شركة آر إل 360 بياناتكم ومعلوماتكم لإدارة بوليصتكم والحؤول دون الجرائم وملاحقة المجرمين وإجراء أبحاث السوق والإحصاءات. كما ستحرص شركة آر إل 360 دوماً ألا تُستَعمل البيانات والمعلومات الخاصة بكم إلا بالطرق التي يجيز بها القانون. كما ستحرص آر إل 360 دائمًا على أن يقتصر الانتفاع بالبيانات والمعلومات الخاصة بكم على السبل التي يسمح بها القانون.

The Isle of Man Data Protection Act 2002 allows you, after paying a small fee, to receive a copy of the data and information RL360 holds about you. For further information please write to: Data Protection Officer, RL360, International House, Cooil Road, Douglas, Isle of Man, IM2 2SP, British Isles.

ويتيح لكم قانون حماية البيانات في جزيرة مان لعام 2002 استلام نسخة من البيانات والمعلومات التي تحتفظ بها آر إل 360 بشأنكم، وذلك مقابل رسم رمزي.للاطلاع على مزيد من المعلومات، يرجى مخاطبة الشركة على العنوان التالي:
.Data Protection Officer, RL360, International House, Cooil Road, Douglas, Isle of Man, IM2 2SP, British Isles

If the applicant(s) and the life/lives assured are the same people, then please only sign once where the applicant(s) sign.
If the life/lives assured is/are different from the applicant(s) - then all applicant(s) and life/lives assured must sign.

في حال كان طالب التأمين (طالبو التأمين) والمؤمَّن على حياته (المؤمنون على حياتهم) نفس الشخص، يرجى التوقيع عندها فقط في الخانة المخصصة لطالب التأمين.
أما في حال كان المؤمن على حياته (المؤمنون على حياتهم) غير طالب التأمين (طالبي التأمين)، عندها يجب على جميع طالبي التأمين والمؤمن على حياتهم التوقيع.

	First applicant/life assured طالب التأمين الأول/المؤمّن على حياته الأول	Second applicant/life assured (if applicable) طالب التأمين الثاني / المؤمّن على حياته الثاني (إن وجد)
Signed التوقيع		
Date (dd/mm/yyyy) التاريخ (اليوم/الشهر/السنة)		

	First life assured (where different from the first applicant) المؤمّن على حياته الأول (حيث يختلف عن طالب التأمين الأول)	Second life assured (if applicable) where different from the second applicant) المؤمّن على حياته الثاني (إن وجد) (حيث يختلف عن طالب التأمين الأول)
Signed التوقيع		
Date (dd/mm/yyyy) التاريخ (اليوم/الشهر/السنة)		

Please enter the country where this form was completed and signed
الرجاء تحديد البلد حيث تمت تعبئة وتوقيع استمارة الطلب هذه

12 FINANCIAL ADVISER DETAILS تفاصيل عن المستشار المالي

The RL360 adviser number can be obtained from your regional office.
يمكن الحصول على رقم المستشار المالي لدى شركة آر إل 360 من المكتب الإقليمي في منطقتكم

Financial adviser's name/ company
اسم المستشار المالي/ الشركة

Address or stamp
العنوان أو الختم

Postcode
الرمز البريدي

Country
البلد

Email address
رقم هاتف المنزل

Adviser number
رقم المستشار

Date (dd/mm/yyyy)
التاريخ (اليوم/الشهر/السنة)

13 YOUR CHOICE OF PAYMENT METHODS طريقة الدفع الفضلى

If you wish to pay by credit/debit card, or standing order, please complete the appropriate payment method form or alternatively, please follow the relevant instructions below.
في حال رغبتم بالدفع عبر بطاقة الائتمان/ بطاقة السحب المباشر أو بموجب طلب استقطاع دائم، يرجى تعبئة استمارة طريقة الدفع الفضلى أو عوضا عن ذلك، اتباع التعليمات المحددة في ما يلي.

Cheque شيك

Please make your cheque payable to RL360 Insurance Company Limited.
ويرجى إصدار الشيك المحرر من طرفكم لأمر شركة آر إل 360 للتأمين المحدودة.

Telegraphic transfer تحويل تلغرافي

If you are paying into your policy by telegraphic transfer please instruct your bank to quote your name as a reference.
في حال كنتم تعتمدون الحوالات الصرفية لتغذية بوليصتكم، الرجاء الإيعاز إلى مصرفكم ذكر اسمكم كمرجع للحوالة.

Please make your payment to RL360 Insurance Company Limited through the appropriate bank below.
الرجاء إصدار الحوالة لصالح آر إل 360 إنشورنس كومبني ليمتد على التفاصيل المصرفية الملائمة أدناه.

Currency العملة	Account no. رقم الحساب.	IBAN رقم الحساب المصرفي الدولي IBAN	Swift code رمز السويفت	Bank name اسم المصرف	Account name صاحب الحساب
USD دولار أمريكي	1002304240021659	LB81001400021002304240021659	BLOM LBBX	BLOM Bank بنك لبنان والمهجر	RL360 Insurance Company Limited شركة آر إل 360 إنشورنس كومباني

Bank address عنوان المصرف:

Blom Bank S.A.L, Blom Building, Rashid Karameh Street, 1107 2807, Lebanon
بنك بلوم ش.م.ل. المحدود، مبنى بلوم، شارع رشيد كرامة، 1107 2807، لبنان

CREDIT CARD MANDATE تفويض بالسحب من بطاقة الائتمان

Important هام

We are only able to accept credit or debit cards where the card displays one of the logos above and is prefixed with either a '3', '4' or a '5'. We regret that we cannot accept American Express.

تفويض للتسديد عبر بطاقات الائتمان يمكننا قبول إلا بطاقات الائتمان أو بطاقات السحب التي تحمل أيا من الشعارات الواردة أعلاه والتي تبدأ إما بالرقم «3» أو «4» أو «5». نأسف لعدم قبول بطاقات أمريكان إكسبريس.

I authorise you, until further notice in writing, to collect payments as detailed below:
أخوّلكم، حتى إشعار آخر خطي، بتحصيل الدفعات على النحو المفصل في ما يلي:

Premium currency
عملة قسط التأمين
US dollar (USD) دولار أمريكي (USD)

Premium amount in figures
مبلغ قسط التأمين بالأرقام

Premium amount in words
مبلغ قسط التأمين بالحروف

Premium frequency
فترات تسديد الأقساط
☐ Monthly شهريًا ☐ Quarterly على أساس ربع سنوي ☐ Half-yearly نصف سنوي ☐ Yearly سنويًا

Commencing on*
تبدأ في*
☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ (dd/mm/yyyy) التاريخ (اليوم/الشهر/السنة)

* this applies to initial premium only, future premiums are deducted 2 working days prior to premium due date.
* <2017/> يسري ذلك على القسط المبدئي فقط، أما الأقساط التي سيحين موعدها في المستقبل فيتم خصمها قبل يوميّ عمل من تاريخ استحقاق القسط.

Card type
نوع البطاقة
☐ Mastercard/Eurocard ماستركارد / يوروكارد ☐ Visa فيزا

Card issued by
الجهة المصدرة للبطاقة
(name of bank) (اسم المصرف)

Country of card issue
بلد إصدار البطاقة

Cardholder's name(s) (must be an applicant)
اسم (أسماء) حامل البطاقة
(يجب أن يكون طالبًا للتأمين)

Cardholder's address (as held by the card issuer)
عنوان حامل البطاقة
(وفق ما هو معتمد من الجهة المُصدِرة للبطاقة)

The address details for the cardholder should be the same as the applicant(s) – if not then please provide reasons why in Section 09 of this form.
على عنوان حامل البطاقة أن يكون نفس عنوان طالب التأمين - وإلا يرجى تحديد السبب في <2068/> من هذه الاستمارة.

Card number
رقم البطاقة
☐☐☐☐ - ☐☐☐☐ - ☐☐☐☐ - ☐☐☐☐

Expiry date (mm–yy)
تاريخ انتهاء الصلاحية (شهر-سنة)
☐☐ - ☐☐

I understand that RL360 Insurance Company Limited (RL360) will advise me of the amount to be paid and the dates on which payment is due and that RL360 may only change these after giving me prior notice.
أعي أن آر إل 360 إنشورنس كومبني ليمتد (آر إل 360) سوف تخطرني بالمبلغ الواجب تسديده وتواريخ استحقاق الدفعات وأن شركة آر إل 360 هي الوحيدة المخولة تغيير هذه المعلومات شرط إخطاري بذلك مسبقا.

I understand that this authority in favour of RL360 will remain in force until such time as I cancel it in writing to RL360.
وإنني أستوعب أن هذه الصلاحية لحساب آر إل 360 ستظل سارية المفعول حتى يتم إلغاؤها بموجب طلب خطي صادر إلى شركة آر إل 360.

Signature of cardholder(s)
توقيع حامل (حاملي) البطاقة

Date (dd/mm/yyyy)
التاريخ (اليوم/الشهر/السنة)
☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

Additional information معلومات إضافية

In order to comply with the Isle of Man Insurance (Anti-Money Laundering Regulations) 2008, we may require additional source of wealth evidence subject to where the bank that issued your credit or debit card is registered. For further information please refer to our source of wealth information document available online at www.rl360.com/sourceofwealth.pdf.

بهدف الامتثال لقانون التأمين في جزيرة مان لعام 2008 (قوانين مكافحة تبييض الأموال)، قد نطلب إثباتا إضافيا عن مصدر ثروتكم مع مراعاة مكان تسجيل المصرف المُصدِر لبطاقتكم الائتمانية أو بطاقة السحب. للحصول على مزيد من المعلومات يمكنكم الرجوع إلى مستند المعلومات عن مصادر الثروات المتوفر على الانترنت على الرابط www.rl360.com/sourceofwealth.pdf.

Credit card pre-authorisation إذن مسبق للسحب من بطاقة الائتمان

Pre-authorisation is the process of pre-approving payments with the card provider. We carry out this process to make sure that the card's details are correct and working properly prior to collecting the premium.

التفويض المسبق هو عملية الموافقة المسبقة على عمليات الدفع مع جهة إصدار البطاقات. ونحن إذ نتولى تنفيذ هذه العملية للتأكد من صحة تفاصيل البطاقة ومن البطاقة تعمل بشكل سليم قبل تحصيل قيمة قسط التأمين.

This process will create a pre-authorisation on the credit card for USD$1.00. This amount may not appear on the credit card statement, but will affect the card balance or spending limit until the card provider removes it.

وتؤدي هذه العملية إلى إصدار تفويض مسبق على بطاقة الائتمان مقابل 1.00 دولار أمريكي. وقد لا يظهر هذا المبلغ في كشف بطاقة الائتمان، ولكنه سيؤثر على رصيد البطاقة أو حد الإنفاق إلى أن تزيله جهة إصدار البطاقة.

If the cardholder has opted to receive text messages, they may get a confirmation text for this transaction.

إذا اختار حامل البطاقة استلام رسائل نصية، فقد يتلقى رسالة نصية تحمل تأكيدًا على هذه المعاملة.

STANDING ORDER INSTRUCTION تعليمات بشأن تحويل مصرفي مستمر

Important هام

If you wish to change the amount you pay into your policy at a later date, you will need to complete a new standing order instruction. If you wish to cancel your standing order you will need to do this directly through your bank.

في حال رغبتم في وقت لاحق بتغيير المبلغ الذي تسددونه لتغذية البوليصة، فعليكم بتعبئة تعليمات جديدة لطلب الاستقطاع الدائم. أما في حال رغبتم بإلغاء طلب الاستقطاع، فعليكم تنفيذ ذلك مباشرة مع مصرفكم.

To the manager
إلى مدير الفرع

Bank مصرف

Bank address
عنوان المصرف

Reference number
رقم المرجع

This reference number will be supplied by RL360 after receipt of the application and must be quoted by your bank on all correspondence. Failure to do so may result in payment being rejected by our bankers.

سوف تزوّدكم شركة آر إل 360 بالرقم المرجعي هذا بعد استلام استمارة الطلب على أن يتم ذكره من مصرفكم في كافة المراسلات. وقد ينتج عن عدم التقيد بذلك رفض الدفعة من مصرفيينا.

Please debit the payment amount, together with any transfer charges, from my account detailed below:
الرجاء خصم مبلغ الدفعة، مع أي تكاليف تحويل، من حسابي المبيَّن في ما يلي

Currency
العملة

US dollar (USD) دولار أمريكي (USD)

Premium amount in figures
مبلغ قسط التأمين بالأرقام

Premium amount in words
مبلغ قسط التأمين بالحروف

Premium frequency
فترات تسديد الأقساط

☐ Monthly شهريًا ☐ Quarterly على أساس ربع سنوي ☐ Half-yearly نصف سنوي ☐ Yearly سنويًا

Payment commencement date (dd/mm/yyyy)
تاريخ بدء الدفعات (اليوم/الشهر/السنة)

☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ until further notice.
حتى إشعار آخر.

Name of account holder(s)
اسم (أسماء) صاحب الحساب

Branch Swift Code
رمز السويفت الخاص بالفرع

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Swift Code must be either 8 or 11 digits
يجب أن يكون رمز سويفت إما 8 أو 11 رقمًا

IBAN/ Account number
رقم الحساب المصرفي الدولي IBAN / رقم الحساب

Currency العملة	Account no. رقم الحساب.	IBAN رقم الحساب المصرفي الدولي IBAN	Swift code رمز السويفت	Bank name اسم المصرف	Account name صاحب الحساب
USD دولار أمريكي	1002304240021659	LB81001400021002304240021659	BLOM LBBX	BLOM Bank بنك لبنان والمهجر	RL360 Insurance Company Limited شركة آر إل 360 إنشورنس كومباني

Bank address: Blom Bank S.A.L, Blom Building, Rashid Karameh Street, 1107 2807, Lebanon.
عنوان المصرف: بنك بلوم ش.م.ل. المحدود، مبنى بلوم، شارع رشيد كرامة، 1107 2807، لبنان.

Signature
التوقيع

Full name
الاسم بالكامل

Date (dd/mm/yyyy)
التاريخ (اليوم/الشهر/السنة)

RL360 Insurance Company Limited
(Lebanon Branch)
شركة آر إل 360 إنشورنس كومبني ليمتد (فرع لبنان)

RL360, Burj Al Ghazal, 8th Floor,
Fouad Chehab Highway,
Ashrafieh, Tabaris, Lebanon.
آر إل 360، برج الغزال، الطابق 8، اوتوستراد فؤاد شهاب،
الأشرفية، التباريس، لبنان

T +961 (1) 202 183/4
F +961 (1) 202 159
E lebanonservice@rl360.com
هاتف +961 (1) 202 183/4
فاكس +961 (1) 202 159
بريد إلكتروني lebanonservice@rl360.com

Registered with the Commercial Register in Beirut on 23 March 2012 under Number 1015174.
مسجلة في السجل التجاري ببيروت بتاريخ 23 آذار 2012 برقم 1015174.

Registered with the Insurance Companies' Registry in Lebanon on 29 November 2011 under Number 250 and subject to the law governing insurance companies.
مسجلّة في سجل شركات التأمين في لبنان بتاريخ 29 تشرين الثاني 2011 تحت الرقم 250، وبما يخضع للقانون الحاكم لشركات التأمين.

Registered Office: International House, Cooil Road, Douglas, Isle of Man, IM2 2SP, British Isles. Registered in the Isle of Man number 053002C. RL360 Insurance Company Limited is authorised by the Isle of Man Financial Services Authority.
المقر المسجل: International House, Cooil Road, Douglas, Isle of Man, IM2 2SP, British Isles. مسجلة في جزيرة مان برقم 053002C. شركة آر إل 360 إنشورنس كومباني ليمتد مصرح لها من قبل هيئة الخدمات المالية في جزيرة مان.

AR_LPL002a 02/18

PROTECTING YOU WHEN LIFE DOESN'T GO ACCORDING TO PLAN

تقديم الحماية إليك حيث لا تسير الحياة وفقًا لخطة محددة.