شركة التأمين على الحياة (العالمية) ش.م.ب (مقفلة)

ملحق طلب التأمين على حياة الأشخاص البالغين من غير مكتسبي الدخل

اسم الشخص المطلوب التأمين عليه: ---------- رقم العرض: ----------
اسم مقدم الطلب/ الوالد: ---------- قيمة مبلغ التأمين المقترح: ----------

1. إذا الشخص المطلوب التأمين عليه طالباً في المدرسة / الكلية، يرجى تقديم البيانات التالية:
   أ) اسم وعنوان المدرسة / الكلية التي يدرس بها:
   ب) السنة الدراسية التي يدرس/تدرس بها:
   ج) في حالة كونه ما زال يدرس في الكلية، فالموضوعات الدراسية التي يتخصص في دراستها: (مثل الهندسة الكيميائية / الميكانيكية / الكهربائية، التعدين، وما إذا كان التدريب في مجال العمليات الخطرة).
2. التفاصيل الكاملة لبوليصات التأمين المعمول بها في تاريخ تقديم الطلب، والصادرة عن أي وحدة أعمال أو مؤسسة قائمة بشأن حياة أفراد الأسرة الآخرين:

أفراد الأسرة المؤمن عليهم	**اسم مقدم الخدمة**	**رقم البوليصة**	**قيمة التأمين**	**خطة التأمين**	**تاريخ استحقاق أخر قسط مدفوع**	**مجموع الأقساط المدفوعة / المستحقة الدفع خلال السنة**
الأب الأم الأخ الأخت وما إلى ذلك						
			إجمال الأقساط خلال السنة			

أقر بموجبه بأن البيانات الواردة أعلاه صحيحة بالنسبة لكافة التفاصيل وأوافق على أنها تشكل جزءًا من أساس عقد التأمين بيني وبين شركة التأمين على الحياة (العالمية) ش.م.ب (مقفلة).
كما أوافق أيضا على دفع الأقساط المستحقة بموجب البوليصة حال صدورها، حتى يستطيع المؤمن عليه أن يكتسب الدخل بنفسه.

المكان:
التاريخ:
توقيع مقدم الطلب / الأب / الأم

ملاحظة: إذا كان مقدم الطلب يوقع بأي لغة أخرى أو لا يستطيع التوقيع إلا من خلال بصمة الإبهام، فينبغي الحصول على تصريح اللغة العامية الدارجة و/أو إعلان محو الأمية قبل التوقيع أو وضع بصمة الإبهام على حسب الحالة.