

شركة التأمين على الحياة

(العالمية) ش.م.ب (مقفلة)

(شركة تابعة لشركة التأمين العالمية الهندية)

رأس المال المدفوع 5,000,000 دينار بحريني، س.ت 21606

بيان شخصي فيما يتعلق بالصحة

(خاص بالتأمين على حياة القاصرين)

رقم البوليصة									
-----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

المركز: ----- اسم الوكيل ورقم الكود-----

1. اسم مقدم الطلب بالكامل (بحروف كبيرة) -----

العنوان بالكامل -----

الوظيفة -----

2. اسم المؤمن عليه بالكامل (بحروف كبيرة): -----

3. منذ تاريخ طلبك للبوليصة المذكورة أعلاه:			
(أ) هل سبق له أن تعرض/ تعرضت لأي مرض يتطلب العلاج لمدة أسبوع أو أكثر؟	(أ)		
(ب) هل سبق له أن تعرض/ تعرضت لأي حادث أو إصابة أو عملية؟	(ب)	أجب بنعم أم بلا	إذا كانت الإجابة بنعم، حدد تفاصيل المرض مثل تاريخ ومدة العلاج والأطباء المستشارين
(ج) هل سبق له أن خضع/ خضعت للفحص، تخطيط كهربائية القلب، فحص الأشعة السينية وفحص الدم وتحليل البول أو البراز؟	(ج)		

4. هل سبق أن قدمت أي طلب تأمين أو طلب لتجديد البوليصة المنتهية للتأمين على حياته/ حياتها لدى هذه الشركة أو أي شركة تأمين أخرى ثم حدث وأن:

I. تم سحبه أو إلغاؤه؟ -----

II. قبل بقسط إضافي أو رهن -----

III. تم تأجيله أو إنهاؤه؟ -----

IV. قبل بشروط أخرى بخلاف تلك التي سبق عرضها؟ -----

إذا كانت الإجابة بنعم، حدد التفاصيل

5. (ب) هل سبق أن قدمت أي طلب تأمين أو طلب لتجديد البوليصة المنتهية للتأمين على حياته/ حياته وهو الآن قيد النظر من قبل هذه الشركة؟ نعم/ لا

إذا كانت الإجابة بنعم، حدد التفاصيل التالية:

(أ) رقم الطلب-----

(ب) رقم البوليصة-----

6. هل هو/هي بصحة جيدة في الوقت الحالي؟ نعم/لا

7. هو هو/هي مازال طالباً؟ إذا كانت الإجابة بنعم، ففي أي مرحلة يدرس؟

8. هل حصل/حصلت على جميع التطعيمات؟ نعم/لا

إقرار مقدم الطلب

أقر أنا (اسم مقدم الطلب) -----، بأن البيانات والإجابات السابقة صحيحة وكاملة في كل حالة تفاصيلها وأوافق وأصرح بأن بيانات هذا الإقرار بالإضافة إلى طلب التأمين بموجب البوليصة المنتهية يجب أن تكون أساساً لعقد التأمين/ تجديد البوليصة المنتهية بيني وبين شركة التأمين على الحياة (العالمية) ش.م.ب (مقفلت). إذا تضمن هذا العقد أي بيانات غير صحيحة، يكون العقد المذكور باطلاً ولاغياً على الفور، وتحال جميع الأموال التي دفعت بموجبها إلى الشركة.

كما أقر كذلك أنه إذا حدث بين تاريخ هذا الإقرار وتاريخ تجديد البوليصة (1) أي تغيير في مهنة المؤمن عليه أو أي أحوال معاكسة ترتبط بالأموال المالية أو الأحوال الصحية العامة للمؤمن عليه أو أي فرد من أفراد عائلتي أو (2) تم إيقاف أو حجب أي عرض أو طلب للتأمين على حياتي لدى شركة التأمين على الحياة (العالمية) ش.م.ب (مقفلت)، أو سحبه أو تأجيله أو رفضه أو قبوله بأقساط زيادة أو في إطار أي رهون أو بشروط أخرى بخلاف تلك التي سبق توضيحها، سأبلغ الشركة على الفور لإعادة النظر في شروط القبول. أي إغفال من جانبي في القيام بذلك يجعل هذا التجديد لاغياً وباطلاً وتحال جميع الأموال التي دفعت بموجبها إلى الشركة.

تحريراً في (المكان)----- بتاريخ ---(يوم)---من شهر -----(شهر)----- 20---(سنة)-----.

توقيع أو بصمة مقدم الطلب	توقيع الشاهد:
توقيع أو بصمة المؤمن عليه	الاسم:----- الوظيفة والعنوان:----- --

إذا كتبت الإجابة على الأسئلة أو توقعات المؤمن عليه في هذا النموذج باللغة العامية، فيجب أن يقر المؤمن عليه بخط يده الخاص فوق توقيعك بأن كل الأسئلة قد شرحت له وأن ردوده قد وردت بعد الفهم الكامل والوافي لها.

(1) أقر بموجبه أنني قد شرحت جميع الأسئلة الواردة أعلاه بالكامل لمقدم الطلب وقد سجلت جميع إجاباته بحرص.	(1) يحرر هذا الإقرار بمعرفة الشخص الذي يملأ النموذج
--	---

<p>التوقيع (2) أقر بموجبه أنني قد شرحت محتويات هذا النموذج إلى مقدم الطلب باللغة ----- وأنني قد قرأتها على مقدم الطلب، وجاءت الإجابات على الأسئلة من واقع ما أملاه مقدم الطلب، وقد وضع بصمته على هذا النموذج بعد فهم جميع محتوياته بالكامل. ----- توقيع</p>	<p>اسم وعنوان المصروح ----- ----- (2) ينبغي أن يتم التصديق على بصمة إبهام مقدم الطلب من قبل أحد الأشخاص الذين يكون من السهل إثبات هويتهم شريطة ألا تربطه أي علاقة بالشركة وأن يحرر هذا الإقرار بنفسه. ----- الاسم ----- ----- عنوان المصروح: ----- -----</p>
---	--