

نموذج إضافي يقدمه مقدمي الطلبات بموجب بوليصة التأمين على الحياة المشتركة ذات الغطاء المزدوج

رقم الطلب ----- اسم الوكيل -----

الرقم التعريفي للوكيل -----

نقر نحن الموقعون أدناه، والذين يرغبون في تنفيذ بوليصة التأمين على الحياة المشتركة ذات الغطاء المزدوج

لدى الشركة بمبلغ ----- دولار أمريكي/ بموجبه ونؤكد بالتكافل والتضامن أن البيانات التي قدمناها في طلباتنا ذات الصلة ببوليصة التأمين بتاريخ ----- وكذلك الإجابات على الأسئلة الواردة في بياناتنا الشخصية قد وردت بحضور الفاحصين الطبيين في ----- وهم ----- و----- على التوالي، ونقر بموجبه بالتكافل والتضامن أن جميع هذه البيانات والإجابات صحيحة ونتحمل المسؤولية المشتركة عنها.

كما نقر بموجبه أيضاً بالتكافل والتضامن أن البيانات والإجابات الواردة في الوثائق المذكورة ينبغي أن تكون هي أساس عقد الضمان بيننا وبين شركة التأمين على الحياة (الدولية)، وأنه إذا تبين وجود أي بيانات غير صحيحة، يصبح العقد باطلاً ولاغياً، وتحال جميع الأموال التي سداها بموجبها إلى الشركة.

تحريراً في هذا اليوم ----- من شهر ----- 200-----.

1. -----

2. -----

(التوقيع لمقدمي الطلب)

التوقيع:

الشاهد: -----

الاسم: -----

العنوان: -----

-----

## نموذج الترشيح بموجب بوليصة التأمين على الحياة المشتركة ذات الغطاء المزدوج

نرشح نحن -----، المؤمن عليهم بموجب البوليصة، بموجبه (حدد العلاقة) واسمه -----  
----- ويبلغ من العمر ----- سنة ويقدم في -----

ليكون الشخص الذي يحال له مبلغ التأمين بموجب البوليصة في حالة وفاة كل منا سواء في وقت واحد أو واحد تلو الآخر في  
أي وقت قبل تاريخ الاستحقاق بموجب هذه البوليصة.

تحريراً في هذا اليوم ----- من شهر ----- 200.

----- 1.

----- 2.

(توقيعات المؤمن عليهم)

التوقيع:

----- الشاهد:

الاسم:

----- العنوان: -----

ملاحظة: إذا كان المستفيد مازال قاصراً، فيرجى تقديم البيانات والتفاصيل المطلوبة عن الشخص الذي سيحصل على مبلغ  
التأمين نيابة عن القاصر.

الاسم: ----- السن: -----

----- علاقته بالمرشح:

----- 1.

----- 2.

(توقيعات المؤمن عليهم)