

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

وهي شركة تأسست في مملكة البحرين (سجل تجاري رقم
21606) ومرخصة من قبل مصرف البحرين المركزي كشركة
للتأمين على الحياة برأس مال مدفوع قدره 20,000.000 دينار
بحريني

نموذج رقم PF-02

طلب التأمين على الحياة

(نموذج طلب بوليصة تأمين مزدوجة أو مشتركة للتأمين على حياة القُصّر)

يرجى كتابة جميع الإجابات بحروف كبيرة

يرجى التصديق على التعديلات / التصحيحات. يرجى التوقيع في أسفل كل صفحة من صفحة 1 إلى 4

رقم الإدخال:	تاريخ الإدخال:
اسم الاستشاري:	الرقم التعريفي للاستشاري:
الرقم التعريفي للوكيل الرئيسي	

عملة إيداع الطلب: الدينار البحريني/الدولار الأمريكي/الدرهم الإماراتي/الدينار الكويتي/الريال العماني/الريال القطري	قيمة إيداع الطلب:
تاريخ إيداع الطلب:	رقم الطلب:

الجزء أ: البيانات الشخصية لمقدم الطلب / المؤمن عليه حسب الحالة

يرجى تقديم التفاصيل عن مقدم الطلب أو المؤمن عليه حسب الحالة وفق الأسئلة المذكورة فيه:

م	التفاصيل	مقدم الطلب رقم 1	مقدم الطلب رقم 2 / المؤمن عليه
1	الاسم		
2	الجنس:	ذكر/ أنثى	ذكر/ أنثى
3	تاريخ الميلاد:	يوم/شهر/سنة	يوم/شهر/سنة
4	السن:	--- سنة ---- شهر	--- سنة ---- شهر

				إثبات السن:	5
				مقر الميلاد وبلد الميلاد	6
	مقدم الطلب رقم 2 / المؤمن عليه	مقدم الطلب رقم 1		صلة القرابة مع	7
				اسم الأب بالكامل (اللقب أولاً)	8
				الجنسية: (يرجى ذكر أسماء البلدان التي تحمل جنسيتها)	9
	الرقم	الرقم	تاريخ الانتهاء	بيانات جواز السفر	10
	الرقم	الرقم	تاريخ الانتهاء	تفاصيل بطاقة الهوية/ بطاقة الجنسية/ بطاقة الهوية الوطنية / بطاقة الإقامة	11
عنوان الاتصال في مكان الإقامة الحالي (يرجى تقديم دليل مناسب لهذا العنوان)					
العنوان الدائم في البلد الأم					
أرقام الهاتف (إذا كانت هناك أرقام هواتف متعددة، يرجى تقديمها جميعاً)					
				أ. رقم الهاتف المحمول في مكان الإقامة الحالي	14
				ب. رقم الهاتف المحمول في البلد الأم	
كود الاتصال الدولي المشترك-رقم الهاتف المحمول	كود الاتصال الدولي المشترك-رقم الهاتف المحمول			ج. أرقام هاتف المكتب	
كود الاتصال الدولي المشترك/اتصال الترانك المشترك -رقم الهاتف المحمول	كود الاتصال الدولي المشترك/اتصال الترانك المشترك -رقم الهاتف المحمول			د. رقم هاتف السكن (العنوان الحالي)	
كود الاتصال الدولي المشترك/اتصال الترانك المشترك -رقم الهاتف المحمول	كود الاتصال الدولي المشترك/اتصال الترانك المشترك -رقم الهاتف المحمول			هـ. رقم هاتف السكن (البلد الأم)	
				البريد الإلكتروني	15
				المؤهلات التعليمية / الفصل الدراسي (للمؤمن عليه فقط)	16
				جميع مصادر الدخل	17
				الدخل الشهري من جميع المصادر:	18

19 المهنة / الوظيفة وطبيعة المهام										
20 اسم وعنوان الموظف:										
21 الغرض من التأمين										
22 تفاصيل الخطط المقترحة من أجل:										
الخطة	المدة (بالسنوات)	مدة دفع الأقساط	طريقة الدفع سنوي/نصف سنوي/ربع سنوي/شهري/قسط واحد	مبلغ التأمين بالدولار الأمريكي	القسط بالدولار الأمريكي	إضافة قسط بالدولار الأمريكي	التأمين المزدوج المطلوب للحوادث (يرجى ذكر مبلغ التأمين)	الفائدة المطلوبة للتنازل عن القسط	فائدة حماية الأسرة المطلوبة	تاريخ البدء (إذا كان مطلوب بتاريخ سابق)
مقدم الطلب رقم 2/ المؤمن عليه		مقدم الطلب رقم 1								

23	هل تشارك أو تنوي المشاركة في وظيفة تتعلق بالطيران/البحرية / العسكرية / الرياضات الخطرة؟ إذا كانت الإجابة ب "نعم"، حدد التفاصيل:
24	هل تخضع لأي سلطة حكومية فخرية أو تنظيمية أو تشريعية؟
25	هل قمت بإلغاء أي بوليصة خاصة بالشركة خلال السنة الماضية (بموجب قرار التهئة أو غير ذلك) حيث أن ذلك لم يكن مقبولاً بالنسبة لك؟ إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى تحديد التفاصيل
26	هل قدمت أي طلب آخر للتأمين على حياتك أو على حياة المؤمن عليه؟ إذا كانت الإجابة بنعم، حدد التفاصيل
27	هل قدمت أي طلب لتجديد أي بوليصة خاصة بك أو خاصة بالمؤمن عليه وما زال قيد النظر؟ إذا كانت الإجابة بنعم، حدد التفاصيل

28. تفاصيل التأمين السابق (بما في ذلك وثائق التأمين التي تم التنازل عنها أو انقضت خلال السنوات الثلاث الأخيرة): يرجى ترك صفراً فارغاً بين تفاصيل مقدم الطلب/مقدم الطلب رقم 1/مقدم الطلب رقم 2/المؤمن عليه. إذا كانت المساحة غير كافية، يرجى إرفاق ورقة منفصلة.

		السن
		صلة القرابة بالمؤمن عليه
		رقم جواز السفر / تاريخ الانتهاء
		بطاقة الهوية/ بطاقة الإقامة/ بطاقة المواطن / بطاقة هوية المقيم وتاريخ الانتهاء
		العنوان

توقيع الوصي: ----- (إن أمكن)

توقيع مقدم الطلب: -----

الجزء ب: بيان شخصي من مقدم الطلب والمؤمن عليه للتأكيد عن الحالة الصحية الحالية

ملاحظة: -يرجى القراءة بعناية والإجابة على كل سؤال. لا تستخدم النقاط أو الشرطات أو العلامات. في حالة الإجابة بنعم، يرجى تقديم التفاصيل الكاملة في المساحة المتوفرة أو إرفاق ورقة منفصلة.

** (لا يجب ملء هذا الجزء في حالة عدم وجود وثائق تأمين لتغطية المخاطر) **

رقم السؤال	السؤال	مقدم الطلب/مقدم الطلب رقم 1	مقدم الطلب رقم 2 / المؤمن عليه
1	خلال السنوات الخمس الماضية، هل قمت باستشارة طبيب ممارس بسبب الإصابة بأي مرض يتطلب العلاج لأكثر من أسبوع؟		
2	هل سبق لك أن دخلت إلى أي مستشفى أو دار رعاية لإجراء فحص عام أو ملاحظة أو تلقي العلاج أو إجراء أي عملية؟		
3	هل ظللت غائبًا عن العمل بسبب له علاقة بالصحة خلال الخمس سنوات الماضية؟		
4	هل تعاني أو عانيت من أي أمراض تتعلق بالكبد أو المعدة أو القلب أو الرئتين أو الكلى أو الدماغ أو الجهاز العصبي؟		
5	هل تعاني أو عانيت من مرض السكري أو مرض السل أو ارتفاع ضغط الدم أو السرطان أو الصرع أو الفتق أو انتفاخ الخصية أو الجذام أو أي مرض آخر؟		
6	هل عانيت من أي عيب أو تشوه جسدي؟		
7	هل سبق لك أن تعرضت لأي حادث أو إصابة؟		
8	هل تستخدم أو سبق لك أن استخدمت:		
	I. المشروبات الكحولية		
	II. المخدرات		
	III. أي أدوية أخرى		
	IV. التبغ بأي شكل من أشكاله		
9	ما هي حالتك الصحية المعتادة؟		
10	هل سبق لك أن طلبت أو استفتدت في الوقت الحاضر أو تخضع لاستشارات طبية أو علاجات أو اختبارات تتعلق بالتهاب الكبد أو مرض الإيدز؟		
11	في الحالات غير الطبية، يرجى ذكر الطول الدقيق بالسنتيمتر والوزن بالكيلوغرام (بدون حذاء)	الارتفاع----- سم الوزن----- كجم	الارتفاع----- سم الوزن----- كجم

لا تنطبق الأسئلة رقم 3 و8 على المؤمن عليهم القاصرين.

12. تاريخ عائلة مقدم الطلب / مقدم الطلب رقم 1-

متوفي		على قيد الحياة		العلاقة
سبب الوفاة	السن عند الوفاة	الحالة الصحية	السن	
				الأب
				الأم

13. تاريخ عائلة المؤمن عليه / مقدم الطلب رقم 2-

متوفي		على قيد الحياة		العلاقة
سبب الوفاة	السن عند الوفاة	الحالة الصحية	السن	
				الأب
				الأم

14. بالنسبة لمقدمي الطلب من الإناث/ المؤمن عليهم من الإناث فقط:

أ. البيانات الشخصية (يرجى الإجابة عليها إن أمكن):

هل انت حامل الان؟ (إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى تقديم التفاصيل مثل عدد أشهر الحمل)	تاريخ آخر ولادة	هل خضعت لأي عملية إجهاض أو إسقاط أو قيصرية؟ إذا كان الأمر كذلك، يرجى توضيح المزيد من التفاصيل	تاريخ آخر حيض

ب. إذا كنت متزوجة، يرجى تقديم التفاصيل التالية:

أ. اسم الزوج بالكامل:

ب. مهنته:

ج. دخله السنوي:

د. تفاصيل تأمين الزوج:

رقم الوثيقة	شركات التأمين التي تم من خلالها الحصول على وثائق التأمين السابقة مع توضيح العنوان *	مبلغ التأمين	الجدول والمدة	الوضع الحالي للبوليصة

* في حالة وجود وثائق تأمين سابقة من شركة التأمين على الحياة (العالمية) ش.م.ب (مقفلة) يرجى ذكر اسم فرع المكتب.

15. هل توافق على شرط أن يتم إصدار الوثيقة على أساس هذا الطلب للتأمين على حياة المؤمن عليه تلقائيًا في التاريخ المؤجل (يسري فقط في حالة تقديم الطلب للتأمين على حياة القاصر):

الجزء ج: إقرار مقدم الطلب:

1. أقر أنا----- (اسم مقدم الطلب) بموجب هذا أن البيانات والإجابات السابقة الواردة في الجزء (أ) والجزء (ب) أعلاه قمت بتقديمها بعد فهمي الكامل للأسئلة وهي صحيحة وكاملة من جميع الجوانب، وأنتي لم أحجب أي معلومات وأوافق على أن تكون هذه البيانات وهذا الإقرار أساساً لعقد ضمان بيني وبين شركة التأمين على الحياة (العالمية) ش.م.ب (مقفل) (ويشار إليها فيما يلي باسم "الشركة") كما أوافق على أن تشكل جزءاً من أي عقد لوثيقة التأمين قد يصدر بناء عليها. كما أدرك أيضاً وأوافق على أنه في حالة وجود أي معلومات غير صحيحة في هذا العقد، يصبح العقد المذكور باطلاً ولاغياً ويحق للشركة مصادرة الأموال المدفوعة.
2. لقد فهمت وأدركت شروط وأحكام الخطة المقترحة بالكامل ومزايا الاستحقاق ومزايا الوفاة المتاحة في إطار الخطة المقترحة.
3. كما أوافق بموجبه على أن الضمانات المقترحة في هذه الوثيقة لن يسر العمل بها إلا على أساس خطاب رسمي لتحمل المخاطر من قبل الشركة على أساس هذا الطلب والبيان الشخصي والتقارير الطبية المقدمة بموجبه وفقاً لما قد تطلبه الشركة.
4. كما أوافق كذلك أنه بعد تاريخ تقديم الطلب وقبل إصدار إيصال القسط الأول، وفي حالة حدوث أي تغيير في الوظيفة أو المركز المالي أو الحالة الصحية العامة لنا أو للمؤمن عليه أو أي فرد من أفراد عائلتنا، فإننا سنخطر الشركة كتابة على الفور لإعادة النظر في شروط قبول الضمان. يعتبر أي إغفال من جانبي في القيام بذلك أساساً لإلغاء الضمان وتحال جميع الأموال التي سبق تسديدها فيما يتعلق بها للشركة.
5. كما أخول وأصرح بموجبه لأي ممارس طبي أو طبيب أو مستشفى أو شركة تأمين أو أي منظمة أخرى، والتي لديها أي سجلات أو معلومات خاصة بي وبصحتي لتقديم أي من هذه المعلومات أو جميعها إلى الشركة. تعتبر أي صورة من هذا التفويض سارية وناذرة مثل النسخة الأصلية.
6. أقر وأؤكد بموجبه أن نموذج الطلب هذا قد تم تعبئته وتوقيعه بعد فهم كامل للأحكام ذات الصلة من تشريعات ولوائح مكافحة غسل الأموال ومتطلبات اعرف عميلك (KYC) والالتزام بها.
7. كما أقر بموجبه أيضاً بأنني لا أشترك في أي نشاط قد يعتبر غير قانوني بموجب تشريعات مكافحة غسل الأموال وأن الأموال التي أودعتها في مقابل قسط التأمين لطلب التأمين على الحياة هي عائدات قانونية ومعاملات مشروعة. كما أفوض الشركة وأصرح لها أيضاً بالكشف عن المعلومات المتعلقة بي وبأموالي لأي سلطة تنظيمية. كما أقر بأنني على علم أيضاً بحقيقة أن السلطات التنظيمية أو الحكومية قد تحجب أي أموال متعلقة بالوثيقة أو تحويلات الائتمان الخاصة بي وأنه يجوز تعليق المعاملات نتيجة لأي تحقيق تجريه أي من هذه السلطات التنظيمية. في حالة وقوع مثل هذا الحدث، لن نحمل الشركة المسؤولية عن أي خسائر من أي نوع ناجمة عن أو نتيجة لذلك ونتيجة تجميد الأموال/ أموال الوثيقة.
8. كما أفوض الشركة بموجبه لإرسال الرسائل عبر البريد الإلكتروني / الرسائل النصية القصيرة إلى أرقام بريدي الإلكتروني أو أرقام الهواتف المحمولة المقدمة في هذا النموذج على أن أبلغ الشركة بأي تغييرات لاحقة في عناوين البريد الإلكتروني أو أرقام الهواتف النقالة.
9. كما أقر أيضاً أنني لست مواطناً في الولايات المتحدة الأمريكية أو مقيم في الولايات المتحدة الأمريكية. في حال حصلت على جنسية الولايات المتحدة الأمريكية أو أصبحت مقيماً في الولايات المتحدة الأمريكية، سأبلغ المكتب فوراً وسوف ألتزم بأي متطلبات بموجب أنظمة قانون الامتثال الضريبي الأمريكي (فاتكا).

التاريخ:

المكان:

توقيع الشاهد:

توقيع مقدم الطلب

اسم الشاهد: -----

اسم مقدم الطلب/ المؤمن عليه: -----

عنوان الشاهد: -----

غير مسموح بالشطب أو الكشط في هذه الوثيقة

نموذج من من توقعات مقدم الطلب والمؤمن عليه:

مقدم الطلب/ مقدم الطلب رقم 1	مقدم الطلب رقم 2 / المؤمن عليه

إذا وردت الإجابة عن الأسئلة و/أو توقيع مقدم الطلب بلغة أخرى خلاف لغة الطلب، فعليه أن يصرح بخط يده فوق توقيعه بأن جميع الأسئلة قد شرحت له وأن إجاباته قد وردت بعد الفهم الكامل والصحيح لها.

خطاب تفويض لتسليم وثيقة التأمين

أفوض بموجب هذا----- (اسم الاستشاري) لجمع وثيقة / وثائق التأمين نيابة عني بعد قبول تحمل المخاطر في إطار هذا الطلب.

توقيع مقدم الطلب

التقرير الاستشاري الخاص بالاستشاريين (تقرير الأخطار الأخلاقية)

اسم مقدم الطلب/ المؤمن عليه: -----

1	الخطة والأجل المقترح:	مبلغ التأمين المقترح	طريقة الدفع
2	منذ متى وأنت تعرف مقدم الطلب أو المؤمن عليه؟		
3	ما هي المؤهلات التعليمية لمقدم الطلب أو المؤمن عليه؟		
4	ما هو وضع الجنسية والإقامة لمقدم الطلب/المؤمن عليه؟		
5	هل تربطك أي صلة بمقدم الطلب/المؤمن عليه؟		
6	هل سبق لك أن شاهدت مقدم الطلب/ المؤمن عليه في تاريخ تقديم الطلب؟		
7	مجموع الدخل الشهري لمقدم الطلب عن طريق المصادر التالية أ. الوظيفة ب. الأعمال التجارية أو المهنة ج. أي مصدر آخر د. المجموع		
8	ما هو دليل الدخل الذي قمت بالتحقق منه فيما يتعلق بالدخل المذكور أعلاه؟		
9	هل أنت راضٍ شخصياً عن الوضع المالي لمقدم الطلب؟		
10	ما إذا كان التأمين المقترح مبرراً مع الوضع المالي لمقدم الطلب؟		
11	ما هو مصدر الأموال المستخدمة لدفع أقساط هذا الطلب؟		
12	هل أنت على علم بأي نية من قبل مقدم الطلب للتنازل عن الوثيقة خلال 12 شهراً من الحصول على الوثيقة لأي سبب آخر غير التأمين مقابل القرض الشخصي من البنك أو المؤسسة المالية؟		
13	ما إذا كان قد تم استيفاء جميع قواعد اعرف عميلك/ مكافحة غسل الأموال لمقدم الطلب والمؤمن عليه؟		
14	هل أنت مقتنع بأن المؤمن عليه و/ أو مقدم الطلب غير متورط في أي أنشطة إرهابية؟		
15	ما هي الحالة الصحية العامة لمقدم الطلب؟		
16	هل يعاني مقدم الطلب/ المؤمن عليه من أي تشوه أو ضعف في البصر أو السمع أو البتير؟		
17	هل ناقشت مع مقدم الطلب ما إذا كان هناك أي طلب للتأمين على حياته أو حياة المؤمن عليه قد تم تأجيله أو رفضه أو إنهاؤه أو قبوله بشروط خلاف تلك المقترحة؟		
18	هل لديك أي علم بأية معلومات غير مرغوب فيها عن الصحة أو العادات أو الشخصية أو الوضع المالي أو الاجتماعي أو الوظيفة أو الإقامة السابقة في المستشفى بالنسبة لمقدم الطلب/المؤمن عليه؟ إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى تحديد التفاصيل		
19	هل سبق لك أن شرحت شروط وأحكام الخطة لمقدم الطلب؟		
20	هل توصي بقبول الطلب؟		

أؤكد بموجبه أن نموذج الطلب قد تم تعبئته وتوقيعه من قبل مقدم الطلب بعد مناقشات حول الجوانب ذات الصلة المتعلقة به وتشريعات مكافحة غسل الأموال، والتعرف على أنظمة اعرف عميلك، وقد تأكدت من هوية مقدم الطلب ومن عدم تورطه في أي نشاط غير قانوني بموجب تشريعات ولوائح مكافحة غسل الأموال وأن الأموال المودعة في شكل ودیعة طلب مقابل طلب التأمين على الحياة هي عائدات المعاملات القانونية والمشروعة. كما أقر بموجبه أن البيانات السابقة صحيحة وسليمة على حد علمي. لقد تحققت شخصياً أيضاً من التفاصيل وفحصت القياسات الجسدية للمؤمن عليه والتي ورد ذكرها في البيانات الشخصية وأؤكد على صحتها.

التاريخ:

المكان:

توقيع الاستشاري

مائدة المليون دولار المستديرة/TOT/COT/ أخرى

عدد السنوات المتبقية: