

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-01

### طلب التأمين على الحياة

(نموذج طلب وثيقة تأمين على الحياة في إطار الخطط التقليدية)

يرجى كتابة جميع الإجابات بحروف كبيرة

يرجى التصديق على التعديلات / التصحيحات. يرجى التوقيع في أسفل كل صفحة من صفحة 1 إلى 3

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

رقم السؤال	الاسم بالكامل	الجنس: ذكر/أنثى	تاريخ الميلاد:
1		إثبات السن:	يوم/شهر/سنة
		السن:	سنة----- شهر
		مكان الميلاد وبلد الميلاد	





يرجى العلم أن الشركة لا تقدم أي طلب جديد للتأمين في حالة انقضاء أحد وثائق التأمين أو إذا تم تحويلها إلى وثيقة مدفوعة خلال السنوات الثلاث الأخيرة أو تسليمها في العام الماضي.

19. تفاصيل الحساب البنكي لمدفوعات الائتمان مباشرة للحساب البنكي (اختياري) ينطبق ذلك في حالة وثائق الحياة المشتركة فقط - يجب أن يكون الحساب بالاسم المشترك. وإذا لم يكن كذلك، يجب إرفاق شهادة عدم الممانعة من مقدم الطلب الآخر بالطلب):

اسم البنك	
رقم الحساب البنكي	
الفرع	
كود النظام المالي الهندي IFS	

20. بيانات المرشح / المستفيد: أعين أنا بموجبه الشخص/ الأشخاص الآتية أسماؤهم كمرشحين / مستفيدين بموجب هذه الوثيقة والذين ستدفع لهم المبالغ المستحقة بموجب هذه الوثيقة في حالة وفاة المؤمن عليه.

البيانات	تفاصيل المرشح/ المستفيد	تفاصيل الشخص الوصي في حالة كون المرشح /المستفيد قاصر
الاسم والعنوان		
السن		
صلة القرابة بالمؤمن عليه		
رقم جواز السفر / تاريخ الانتهاء		
بطاقة الهوية/ بطاقة الإقامة/ بطاقة المواطن / بطاقة هوية المقيم وتاريخ الانتهاء		
رقم الهاتف/ المحمول في الدولة الأم		

توقيع الوصي: ----- (إن أمكن)

توقيع مقدم الطلب: -----

الجزء ب: بيان شخصي من مقدم الطلب للتأكيد على 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	الإجابة
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 لتلقي العلاج أو لإجراء أي عملية؟	
3	هل ظللت غائبا 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 أو مرض السكري أو مرض السل أو ارتفاع ضغط الدم أو السرطان أو الصرع أو الفتق أو انتفاخ الخصية أو الجذام أو أي مرض آخر؟	
5	هل عانيت من أي عيب أو تشوه جسدي؟	
6	هل سبق لك أن تعرضت لأي حادث أو إصابة؟	
7	هل تستخدم أو سبق لك أن استخدمت: I. المشروبات الكحولية II. المخدرات III. أي أدوية أخرى IV. التبغ بأي شكل من أشكاله	
8	ما هي حالتك الصحية المعتادة؟	
9	هل سبق لك أن طلبت أو استفدت في الوقت الحاضر أو تخضع لاستشارات طبية أو علاجات أو اختبارات تتعلق بالتهاب الكبد أو مرض الإيدز؟	
10	في الحالات غير الطبية، يرجى ذكر الطول الدقيق بالسنتيمتر والوزن بالكيلوغرام (بدون حذاء)	الارتفاع-----سم الوزن-----كجم

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

12. 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:

I. اسم الزوج بالكامل:

II. مهنته:

III. دخله السنوي:

IV. بيانات تأمين الزوج:

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

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

الجزء ج: إقرار مقدم الطلب:

1. أقر أنا----- (اسم مقدم الطلب) بموجبه أن البيانات والإجابات السابقة الواردة في الجزء (أ) والجزء (ب) أعلاه قد وردت من جانبي بعد فهمي الكامل للأسئلة وهي صحيحة وكاملة من جميع الجوانب، وأني 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 (مقفلة) (ويشار إليها فيما يلي باسم "الشركة") كما أوافق على أن تشكل جزءاً من أي عقد للوثيقة 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 وتحال أي أموال دفعت فيما يتعلق بها للشركة.

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 تبدأ 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 وناظفة 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 غسيل الأموال ومتطلبات اعرف عميلك (KYC) والالتزام بها.
7. كما أقر بموجبه أيضاً بأنني لا أشارك في أي نشاط قد يعتبر غير قانوني بموجب تشريعات مكافحة غسيل 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 مقدم الطلب/ المؤمن عليه: -----

اسم الشاهد: -----

-----

عنوان الشاهد: -----

غير مسموح بالشطب أو الكشط في هذه الوثيقة

نموذج من توقيعات مقدم الطلب

--	--

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

مائة المليون دولار المستديرة/TOT/COT/ أخرى

عدد السنوات المتبقية: