

## التأمين البنكي

طلب بخصوص الوثيقة رقم: .....

إلغاء أو تخفيض التعريفية الإضافية

إضافة عقود إضافية

إعادة سريان مفعول الوثيقة

### بيانات المتعاقد / المؤمن عليه في الوثيقة

م	إسم المتعاقد/ المؤمن عليه	الجنسية	جنسيات أخرى	مستند إثبات الشخصية للجنسيات الأخرى	تاريخ انتهاء المستند	العلاقة مع المتعاقد	محل الميلاد	تاريخ الميلاد	الوزن	الطول	اسم صاحب العمل	طبيعة العمل	مكان الإقامة الحالي	
													الدولة	المدينة
١														
٢														

• الرقم القومي للمتعاقد: ..... العنوان الحالي للمراسلات: .....  
 • رقم الهاتف: ..... رقم المحمول: ..... / .....

### يملأ هذا الجزء فقط إذا لم يكن المؤمن عليه تغطية تأمين على الحياة ويتمتع فقط بالمزايا الإستثمارية:

أنا الموقع أدناه ..... أتقدم بطلب إعادة سريان الوثيقة المذكورة أعلاه وأصرح بأنني بصحة جيدة كما كنت يوم تقدمت بطلب للحصول على وثيقة تأمين لدى شركة متلايف لتأمينات الحياة وأني منذ ذلك التاريخ لم يطرأ أي تغيير أو تعديل في مهنتي أو سجل عائلتي، كما أنني لم أصب بأي مرض أو علة ولم أستشر أي طبيب أو أجري أية فحوصات طبية وخصوصاً فحوصات الدم المتعلقة بأمراض النقص المناعي البشري (الايدز)، ولم أطلب تأميناً جديداً أو تغييراً في البرنامج أو إعادة السريان للوثيقة ولم يقبل طلبي أو تأجل أو سحب أو عدل عيناً أو مبلغاً أو فئة (إلا على الوجه المذكور أدناه).  
 أصرح أن كلاً من التصريحات الواردة أعلاه هي كاملة وتامة وصحيحة وأوافق على اعتبارها أساساً لإعادة سريان مفعول التأمين العائد له هذا الطلب أو لتغيير هذا التأمين أو إصداره وأوافق على أن هذا الطلب لا يعتبر نافذاً من جراء دفع المبلغ المستحق بالكامل أو جزئياً ما لم تتم موافقة الشركة عليه حسب الأصول كما أن استلام أي دفعة من هذا القبول (أو إجراء أي حساب كهذا) أو الاحتفاظ بها أو إيداعها أو صرفها من قبل الشركة أو وكيلها لن يشكل تنازلاً عن هذا الشرط أو إسقاطاً له ولن يؤثر عليه بأي شكل آخر وأوافق أيضاً بالرغم من أي نص مخالف في الوثيقة أنه إذا أعيد سريان هذه الوثيقة أو عدلت بطريقة تزيد من الخطر تتنازل الشركة عن حقها في الطعن في صحة التعاقد بعد استمرار الوثيقة سارية المفعول في حياة المؤمن عليه لمدة سنتين من تاريخ هذا الطلب على أن يستثنى مما تقدم حق الشركة في الطعن في صحة التعاقد في حالات الغش أو الإبداء المتعمد بمعلومات غير صحيحة أو عدم سداد أي قسط وكذلك فيما يخص أي مزايا تدفع في حالتي العجز أو الإصابة بحادث.

### يملأ هذا الجزء (إفادة صحية) فقط إذا كان المؤمن عليه يتمتع بتغطية تأمين على الحياة وبالإضافة للمزايا الإستثمارية:

أنا الموقع أدناه ..... أصرح بأنني وكافة المشمولين بالتأمين بموجب ذات الوثيقة (إن وجدوا) أنه في تاريخ تقديمي لطلب الحصول على تلك الوثيقة كانت جميع تصريحاتي وبياناتي المقدمة هي على ذات النحو الوارد بطلب التأمين المقدم مني آنذاك، كما أجب حالياً على الأسئلة الواردة أدناه على النحو التالي:

١. الدخل خلال ١٢ شهر السابقة: .....
٢. هل طرأ أي تغيير أو تعديل في مكان إقامة أي منكم، أو في عمله، أو طبيعة عمله، أو هواياته أو وضعه المالي؟  نعم  لا
٣. هل رفض لك طلب تأمين حياة أو حوادث أو صحي، أو رفض طلب إعادة وثيقة أو هل أن مثل ذلك الطلب قد أرجئ البت فيه أو صف بتعريفه أعلى من القسط العادي أو عدل بأي طريقة أو الغي؟  نعم  لا
٤. هل تعتزم السفر خلال الإثنى عشر شهراً القادمة؟  نعم  لا

إذا اعتزم المؤمن عليه السفر/إذا كانت الإجابة بنعم، برجاء ذكر التفاصيل أدناه:

الإسم	جهة السفر/ المدينة أو الدولة	الغرض من السفر	المدة المزمع قضاؤها

- ٥- هل أنت عضو في القوات المسلحة أو تمارس أو تنوي ممارسة أو الإشتراك كهاو أو كمحترف بأي نوع من النشاطات أو الهوايات الخطرة، مثل الغطس الجوي، الغطس تحت الماء، الإنزلاق أو الهبوط بالمظلة، الطيران بطائرة خاصة، جميع أنواع السباق، التزلج على الثلج أو على الرمال أو الماء..... الخ  
 (برجاء إكمال الاستبيان المناسب)  نعم  لا
- ٦- هل تعتزم طلب استشارة طبية أو إجراء فحوصات طبية؟  نعم  لا
- ٧- هل أصبت بأي مرض أو وقعت لك أي إصابة جسمية، أو استشرت أي طبيب، أو أجريت أية فحوصات طبية بما فيها فحوصات الدم المتعلقة بفيروس نقص المناعي البشري (الايدز)؟  نعم  لا
- ٨- هل تتمتع بخدمة التأمين الطبي الجماعي التي توفرها شركة متلايف لتأمينات الحياة؟  
 نعم  تحت الوثيقة الجماعية الخاصة بشركة .....
- ٩- هل حدثت أي وفاة في العائلة (الوالدين، الأخوة، الأخوات)؟  نعم  لا

إذا كانت الإجابة بنعم، برجاء ذكر التفاصيل أدناه:

الإسم	صلة القرابة	السن عند الوفاة	سبب الوفاة

- ١٠- إذا كانت المؤمن عليها أنثى، هل أنت حاملاً؟  نعم  لا.  
 (إذا كنت الإجابة "نعم" برجاء تحديد في أي شهر من شهور الحمل) في الشهر ال.....

رقم السؤال	الاستثناءات / التفاصيل

**وثائق التأمين على حياة المؤمن عليه التي هي الآن سارية المفعول (بما في ذلك وثائق الحوادث إذا وجد)**

الاسم	اسم الشركة	رقم الوثيقة	المبلغ	تاريخ النفاذ/ سنة الإصدار	نوع التأمين	المنافع	المبالغ

• هل أقيمت خلال الـ ١٨٣ يوماً الماضيين أو أمضيت ثلث أيام السنة الماضية أو سدس أيام السنة القبل الماضية في الولايات المتحدة الأمريكية؟  نعم  لا  
 أن المتعاقد وأو المطلوب التأمين عليه وأو أي من المستفيدين:  هو  ليس

أمريكي الجنسية وذلك لأغراض ضريبة الدخل الفيدرالية الأمريكية، ويوافق على إبلاغ الشركة خلال ٣٠ يوم من تاريخ معرفته بحصول أي تغيير في حال أصبح المتعاقد وأو أي من المستفيدين المعينين شخصاً أمريكياً خاضعاً لضريبة الدخل الفيدرالية في الولايات المتحدة الأمريكية أو في حال تحويل المتعاقد هذه الوثيقة لشخص أمريكي خاضع لضريبة الدخل الفيدرالية الأمريكية في الولايات المتحدة. تجدر الإشارة بأن أي إفادة غير صحيحة أو بيان كاذب لشخص أمريكي الجنسية حول وضعه الضريبي يمكن أن يؤدي إلى عقوبات بموجب القوانين الأمريكية.

رقم الشهادة الضريبية الأمريكية الخاصة بالمتعاقد: .....  
 رقم الشهادة الضريبية الأمريكية الخاصة بالمستفيدين: .....

أصرح أن كلاً من التصريحات الواردة أعلاه هي كاملة وتامة وصحيحة وأوافق على اعتبارها كأساس لإعادة سريان مفعول التأمين العائد له هذا الطلب أو لتغيير هذا التأمين أو إصداره وأوافق على أن هذا الطلب لا يعتبر نافذاً من جراء دفع المبلغ المستحق بالكامل أو جزئياً ما لم تتم موافقة الشركة عليه حسب الأصول كما إن استلام أي دفعة من هذا القبول (أو إجراء أي حساب كهذا) أو الاحتفاظ بها أو إيداعها أو صرفها من قبل الشركة أو وكيلها لن يشكل تنازلاً عن هذا الشرط أو إسقاطاً له ولن يؤثر عليه بأي شكل آخر وأوافق أيضاً بالرغم من أي نص مخالف في الوثيقة أنه إذا أعيد سريان هذه الوثيقة أو عدلت بطريقة تزيد من الخطر تتنازل الشركة عن حقها في الطعن في صحة التعاقد بعد استمرار الوثيقة سارية المفعول في حياة المؤمن عليه لمدة سنتين من تاريخ هذا الطلب على أنه يستثنى مما تقدم حق الشركة في الطعن في صحة التعاقد في حالات الغش أو الإيداع المتعمد بمعلومات غير صحيحة أو عدم سداد أي قسط وكذلك فيما يخص أي مزايا تدفع في حالتي العجز أو الإصابة بحادث.

أنا الموقع أدناه: ..... أصرح بأنني وكافة المشمولين في نفس الوثيقة بأن:

- تحتفظ شركة متلايف لتأمينات الحياة بالحق في إنهاء "الوثيقة" بإرادتها المنفردة إذا لم يقدم "المتعاقد" خلال المهلة المحددة لذلك المستندات المطلوبة لوضعه فيما يتعلق بكونه خاضعاً من عدمه للضريبة في الولايات المتحدة الأمريكية لأغراض قانون الالتزام بضريبة الحسابات الأجنبية الأمريكي (FATCA).
- يقر "المتعاقد" ويوافق على أن تقوم شركة متلايف لتأمينات الحياة وفقاً لمطلق تقديرها بالإفصاح عن أية معلومات تتعلق بحسابه و/ أو بأية وثائق مملوكة له إلى الهيئات الحكومية داخل أو خارج جمهورية مصر العربية، لاسيما على سبيل المثال لا الحصر، لأغراض الالتزام بقانون ضريبة الحسابات الأجنبية الأمريكي (FATCA).
- كما يصرح "المتعاقد" بموجب هذا البند لشركة متلايف لتأمينات الحياة بتبادل البيانات و/ أو المعلومات التي تتعلق به أو بـ "الوثيقة" مع شركتها الأم و/ أو شركاتها التابعة أو الشقيقة أو التي تنتمي إلى مجموعة "متلايف" أو لأي كيان آخر يتبعين على "متلايف" أو على أي من الشركات أو الكيانات المرتبطة بها الإفصاح له عن أي مما سبق.

مؤرخ في (المكان)..... اليوم ال..... من شهر..... سنة.....

اسم المؤمن عليه (بخط يده)..... التوقيع.....

اسم المتعاقد (بخط يده إذا كان غير المؤمن عليه)..... التوقيع.....

اسم الشاهد..... التوقيع..... رقم التسجيل في الشركة (الكود).....

إن سداد المبلغ المطلوب لإعادة السريان لا يؤثر بأي شكل على حقوق الشركة بموجب الوثيقة، ولا يشكل سداد هذا المبلغ إلتزاماً على الشركة بقبول هذا الطلب الذي تم دفع المبلغ بشأنه وفي حالة عدم قبول الطلب من طرف الشركة يعاد المبلغ المودع بالطرق العادية.

شركة متلايف لتأمينات الحياة

هي شركة مساهمة مصرية خاضعة لأحكام القانون رقم ١٠ لسنة ١٩٨١ والقانون رقم ١٥٩ لسنة ١٩٨١ ومقيدة لدى الهيئة العامة للرقابة المالية تحت رقم ١٠ بتاريخ ١٩٩٧/١/٧.