

طلب تعديل البرنامج من فردي إلى عائلي للوثيقة رقم: []

برنامج "حماية ٢٤" في جميع أنحاء العالم

وثيقة تأمين من الحوادث الشخصية
تغطية الوفاة بحدوث أو فقد الأعضاء أو العجز الكامل والدائم نتيجة لحادث

١. إسم الشخص المتعاقد طالب التأمين (وفقاً لمستند إثبات الشخصية):
٢. نوع مستند إثبات الشخصية:
٣. تاريخ الميلاد: / / السن: ذكراً: أنثى: الجنسية:
٤. عنوان السكن الحالي:
٥. الوظيفة / المهنة: حدود واجبات العمل:
٦. الدخل الشهري: صاحب العمل: عنوان العمل:
- أرقام التليفونات: (أ) المنزل: (ب) العمل: (ج) الهاتف المحمول: البريد الإلكتروني:

المؤمن عليه / عليهم بموجب هذه الوثيقة:

مسلسل	الإسم	تاريخ الميلاد	صلة القرابة
١			
٢			
٣			
٤			

المستفيدون:

مسلسل	الإسم	تاريخ الميلاد	صلة القرابة	النسبة %
١				
٢				
٣				

جدول المزايا (يرجى اختيار البرنامج):

البرنامج	برنامج فردي	زوج و زوجة	برنامج عائلي
مؤمن عليه أساسي	١,٠٠٠,٠٠٠,٠٠٠	١,٠٠٠,٠٠٠,٠٠٠	١,٠٠٠,٠٠٠,٠٠٠
زوج/زوجة المؤمن عليه الأساسي	لا يوجد	١,٠٠٠,٠٠٠,٠٠٠	١,٠٠٠,٠٠٠,٠٠٠
أبناء المؤمن عليه الأساسي (بحد أقصى ٥ أبناء)	لا يوجد	لا يوجد	٢٠٠,٠٠٠ لكل ابن
طريقة السداد	قسط سنوي	قسط سنوي	قسط سنوي
تغطية أخطار الحرب السلبية الإضافية PWR-PA	قسط سنوي	قسط سنوي	قسط سنوي
جميع أقساط التأمين تتضمن الضرائب والرسوم الحكومية ورسم الإشراف والرقابة بالإضافة إلى مصاريف الإصدار			

أرجو الموافقة على تعديل وثيقة التأمين المشار إليها أعلاه، لتصبح وثيقة تأمين عائلي وفقاً للشروط والأحكام الخاصة بها، والمعتمدة من قبل الشركة.

إقرار: أقر بما يلي

- أن جميع البيانات أعلاه صحيحة وأنتي وأي من الأفراد المؤمن عليهم إن وجدوا في صحة جيدة بدون أي عيب جسدي أو عقلي أو عجز.
- أن هذا الطلب هو أساس هذه الوثيقة بيني وبين شركة متلايف. ولقد قرأت وتفهمت الشروط والأحكام الواردة في هذه الصفحة والصفحات التالية وأوافق على الالتزام بما جاء بهم.
- كما أفهم أن جميع الدفعات والأقساط خاضعة للقوانين والأنظمة المتعلقة بغسل الأموال والساري مفعولها والمطبقة في الوقت الذي تتسلم فيه الشركة هذه الدفعات أو الأقساط.
- أن إخفاء أي معلومات أو بيانات أو حقائق جوهرية من شأنها أن تؤثر على الأسس التي أصدر بناء عليها هذه الوثيقة وسوف يجعل هذا التأمين لاغياً بصورة تلقائية بدون تنبيه أو إنذار.
- كما أصرح بموجب هذا البند لـ "متلايف" 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 يتعين على "متلايف" أو علي أي من الشركات أو الكيانات المرتبطة بها الإفصاح له عن أي مما سبق.

- إسم المؤمن عليه الأساسي (بخط يده): التوقيع: التاريخ:
- إسم المتعاقد (بخط يده): التوقيع: التاريخ:
- إسم وتوقيع الشاهد: مؤرخ في: كود الوكيل:

