

نموذج الطلب

التأمين على الحياة المرتبط بالوحدات

Proposal Form

Unit Linked Life Insurance

For Office use only		للاستخدام المكتبي فقط
Agents Name & Code No	اسم ورمز الوكلاء	
Chief Agent Name & Code	اسم ورمز الوكيل الرئيسي	
Broker / Bank Name & Code	اسم ورمز الوسيط / البنك	
Inward No & Date	رقم وتاريخ الوارد	
Proposal Number	رقم الطلب	

يُرجى إكمال هذا النموذج باستخدام الحبر الأسود أو الأزرق. اكتب بأحرف كبيرة وحدد العناصر ذات الصلة. إذا كان طلبك غير مكتمل، فقد يتسبب ذلك في حدوث تأخير. يرجى التأكد من إرسال نموذج ممتلئ بالكامل مع الرسم التوضيحي الموقع. مطلوب من المؤمن عليه المقترح ومقدم الطلب للإفصاح عن جميع المعلومات المطلوبة. يرجى الاحتفاظ بنسخة من نموذج الطلب هذا والمراسلات الأخرى معك للرجوع إليها في المستقبل.

Please complete this form using black or blue ink. Write in BLOCK LETTERS and tick the relevant items. If your application is incomplete, it might cause a delay. Kindly ensure that you submit a fully filled form together with the signed illustration. The proposed life assured and proposer are required to disclose all information requested. Please retain a copy of this proposal form and other correspondences with us for your future reference.

1. Details of Proposer / Life to be Assured		1 تفاصيل مقدم الطلب / المؤمن عليه المقترح																			
A.	Full Name الإسم الكامل	First name لاسم الأول	Last name الاسم الأخير	Mr. السيد <input type="checkbox"/>	Mrs. السيدة <input type="checkbox"/>	Ms. الآنسة <input type="checkbox"/>															
B.	Father Name إسم الأب الكامل	First name لاسم الأول	Last name الاسم الأخير	Male ذكر <input type="checkbox"/>	Female أنثى <input type="checkbox"/>																
C.	Nationality الجنسية	Place of Birth مكان الميلاد																			
D.	Date of Birth تاريخ الميلاد	D اليوم	D اليوم	M الشهر	M الشهر	Y السنة	Y السنة	Y السنة	Y السنة	Age العمر	Years سنة										
E.	Citizen ID Number رقم هوية المواطن	Issue Date تاريخ الإصدار		D ي	D ي	M ش	M ش	Y س	Y س	Expiry Date تاريخ انتهاء الصلاحية	D ي	D ي	M ش	M ش	Y س	Y س					
F.	Passport Number رقم جواز السفر	Issue Date تاريخ الإصدار		D ي	D ي	M ش	M ش	Y س	Y س	Expiry Date تاريخ انتهاء الصلاحية	D ي	D ي	M ش	M ش	Y س	Y س					
G.	Qualification المؤهل	Annual Income الدخل السنوي																			
H.	Marital Status الحالة الإجتماعية	Single أعزب <input type="checkbox"/>	Married متزوج <input type="checkbox"/>	Widow أرمل <input type="checkbox"/>	Divorced مطلق <input type="checkbox"/>																
I.	Email Address البريد الإلكتروني																				
Address العنوان																					
J.	Residential عنوان السكن	Building مبنى		Street رقم الطريق						Block المجمع						Area المنطقة					
		PO Box ص.ب. رقم		City المدينة						Country البلد											
	Mobile موبايل			Telephone هاتف																	
K.	Office مكتب	Building مبنى		Street رقم الطريق						Block المجمع						Area المنطقة					
		PO Box ص.ب. رقم		City المدينة						Country البلد											
	Mobile موبايل			Telephone هاتف																	
L.	Home Country البلد الأم	Building مبنى		Street رقم الطريق						Block المجمع						Area المنطقة					

	PO Box ص.ب. رقم	City المدينة	Country:		
	Mobile موبايل	Telephone هاتف			
M.	Correspondence Address عنوان المراسلة	Residential <input type="checkbox"/> Office <input type="checkbox"/>			
N.	Occupation الوظيفة	Salaried <input type="checkbox"/> راتب	Business <input type="checkbox"/> نشاط تجاري	Self Employed <input type="checkbox"/> يعمل لحسابه الخاص	Other <input type="checkbox"/> أخرى
O.	Job Title المسمى الوظيفي	Length of Service مدة الخدمة		Years عام	
P.	Company Name اسم الشركة				
Q.	Nature of Business طبيعة العمل				
R.	Physical Measurements القياسات الجسمانية	Height (In Cm) الطول (بالسنتيمير)	Weight (In Kg) الوزن (بالكيلوجرام)		
S.	Are you a Politically Exposed Person*? هل أنت شخص مُعرض سياسياً*؟	Yes <input type="checkbox"/> نعم	No <input type="checkbox"/> لا		

* A Politically Exposed Person is a natural person, who is currently in public office or who left public office within the last two years, such as, heads of state or government; senior government, judicial, legislative, or military officials; seniorexecutives of state-owned corporations; high ranking politicians; and important political officials at the national level.

*الشخص المُعرض سياسياً هو شخص طبيعي يشغل حالياً منصباً عاماً أو ترك مناصب عامة خلال العامين الماضيين، مثل رؤساء الدول أو الحكومات؛ كبار المسؤولين الحكوميين أو القضاة أو التشريعيين أو العسكريين؛ كبار المسؤولين التنفيذيين في الشركات المملوكة للدولة؛ سياسيون رفيعو المستوى ومسؤولين سياسيين مهمين على المستوى الوطني.

2. Details of Life to be Assured (Applicable if different from the Proposer)																						
٢ - تفاصيل المؤمن عليه المقترح (تطبق إذا كان مختلفاً عن مقدم الطلب)																						
A.	Full Name الإسم الكامل	First name لاسم الأول				Last name الاسم الأخير				Mr. <input type="checkbox"/> السيد	Mrs. <input type="checkbox"/> السيدة	Ms. <input type="checkbox"/> الأنسة										
B.	Father Name إسم الأب الكامل	First name لاسم الأول				Last name الاسم الأخير				Male <input type="checkbox"/> ذكر	Female <input type="checkbox"/> أنثى											
C.	Nationality الجنسية					Place of Birth مكان الميلاد																
D.	Date of Birth تاريخ الميلاد	D	D	M	M	Y	Y	Y	Y	Age العمر	Years سنة											
E.	Citizen ID Number رقم هوية المواطن					Issue Date تاريخ الإصدار				D	D	M	M	Y	Y	Expiry Date تاريخ انتهاء الصلاحية	D	D	M	M	Y	Y
F.	Passport Number رقم جواز السفر					Issue Date تاريخ الإصدار				D	D	M	M	Y	Y	Expiry Date تاريخ انتهاء الصلاحية	D	D	M	M	Y	Y
G.	Qualification المؤهل					Annual Income الدخل السنوي																
H.	Marital Status الحالة الإجتماعية	Single <input type="checkbox"/> أعزب	Married <input type="checkbox"/> متزوج	Widow <input type="checkbox"/> أرمل	Divorced <input type="checkbox"/> مطلق																	
I.	Relation with Proposer صلة القرابة مع مقدم الطلب																					
J.	Email Address البريد الإلكتروني																					

العنوان (إذا كان مُختلفاً عن مقدم الطلب)		Address (if different from Proposed Life Assured)			
K. Residential عنوان السكن	Building مبنى				
	Street الطريق رقم		Block المجمع		Area المنطقة
	PO Box ص.ب. رقم	City المدينة	Country البلد		
	Mobile موبايل	Telephone هاتف			
L. Office مكتب	Building مبنى				
	Street الطريق رقم		Block المجمع		Area المنطقة
	PO Box ص.ب. رقم	City المدينة	Country البلد		
	Mobile موبايل	Telephone هاتف			
M. Home Country البلد الأم	Building مبنى				
	Street الطريق رقم		Block المجمع		Area المنطقة
	PO Box ص.ب. رقم	City المدينة	Country البلد		
	Mobile موبايل	Telephone هاتف			
N. Correspondence Address عنوان المراسلة	Residential سكن <input type="checkbox"/>	Office مكتب <input type="checkbox"/>			
O. Occupation الوظيفة	Salaried راتب <input type="checkbox"/>	Business نشاط تجاري <input type="checkbox"/>	Self Employed يعمل لحسابه الخاص <input type="checkbox"/>	Other أخرى <input type="checkbox"/>	
P. Job Title المسمى الوظيفي			Length of Service مدة الخدمة	Years عام	
Q. Company Name اسم الشركة					
R. Nature of Business طبيعة العمل					
S. Physical Measurements القياسات الجسمانية	Height (In Cm) الطول (بالسنتيمير)		Weight (In Kg) الوزن (بالكيلوجرام)		
T. Are you a Politically Exposed Person*? هل أنت شخص مُعرض سياسياً*؟	Yes نعم <input type="checkbox"/>	No لا <input type="checkbox"/>			

3. Declaration

٣ - إقرار

I/We hereby declare that I/We am/are in good health and not suffering from any physical or mental or psychiatric diseases. I/We do not suffer from cancer or tumor, disease of heart, lungs, kidneys, liver, stomach, or intestines. The statements above are complete and true. I/We accept that this declaration shall constitute part of my application for the life insurance linked to my investment. I/We acknowledge that failure to disclose any material health information known to me on the date of signing this declaration shall invalidate the contract from its inception. Life Insurance Corporation (International) B.S.C.(c) shall not be liable for the claim on account of my death, the cause of which was known prior to my/our signing this application for the life insurance cover.

أقر / نقر بموجبه بأنني / بأننا / بصحة جيدة ولا أعاني/ نعاني من أي أمراض جسدية أو عقلية أو نفسية. أنا / نحن لا أعاني/ نعاني من السرطان أو الورم أو أمراض القلب أو الرئتين أو الكلى أو الكبد أو المعدة أو الأمعاء. البيانات أعلاه كاملة وصحيحة. أنا / نحن أقبل أن هذا الإقرار سيشكل جزءاً من طلبي للتأمين على الحياة المرتبط باستثماري. أقر / نقر بأن عدم الكشف عن أي معلومات صحية جوهرية معروفة لي في تاريخ توقيع هذا الإعلان سوف يبطل العقد من بدايته لأن تتحمل شركة التأمين على الحياة (العالمية) ش.م.ب (مقفلت) المسؤولية عن المطالبة بسبب الوفاة، والتي كان سببها معروفاً قبل توقيعي / توقيعنا على هذا الطلب لتغطية التأمين على الحياة.

Date
التاريخ
Place
المكان

Signature
التوقيع

Proposer
مقدم الطلب

Life to be Assured
المؤمن على حياته

٤ - المستفيدين (بالتساوي ما لم يُنص على خلاف ذلك)

4. Beneficiaries (Shared equally unless otherwise stated)

	Primary Beneficiaries المستفيدين الأساسيون	Details of Nominee 1 تفاصيل المرشح رقم ١	Details of Nominee 2 تفاصيل المرشح رقم ٢	Details of Appointee (In case of Nominee is Minor) تفاصيل الشخص المعين في حال كان المرشح قاصراً
A.	Name/s الاسم / الأسماء			
B.	Gender / Nationality الجنس / الجنسية			
C.	Date of Birth / Age تاريخ الميلاد / العمر			
D.	Relationship / %Share الصلة / نسبة الحصة			
E.	Passport No./ Citizenship ID رقم جواز السفر / هوية الجنسية			
F.	Mobile No./ Telephone No. رقم الموبايل / رقم التليفون			
G.	Email Address عنوان البريد الإلكتروني			
H.	Address العنوان			Signature of Appointee توقيع الشخص المُعيّن

٥ - تفاصيل طلب آخر / البوالص السابقة

5. Other Proposal / Previous Policies Details

A.	Is your life now being proposed for another assurance? هل قدمت طلباً آخر للتأمين على حياتك في الوقت الراهن؟	Yes / No نعم / لا	If YES give details إذا كانت الإجابة بنعم ، فاذكر التفاصيل			
B.	Is there any application for revival of policy on your life under consideration? هل هناك أي طلب لإحياء بوليصة التأمين على حياتك قيد الدراسة؟	Yes / No نعم / لا	If YES give details إذا كانت الإجابة بنعم ، فاذكر التفاصيل			
C.	Has a proposal or revival of policy on your life made to the company ever been Withdrawn / deferred / dropped / declined / Accepted with Extra Premium /lien / on terms otherwise هل سبق أن طلب أو إحياء لبوليصة التأمين على حياتك مع الشركة قد تم سحبه / تأجيله / إسقاطه / رفضه / قبوله مع قسط إضافي / حجه/ بشروط خلاف ذلك	Yes / No نعم / لا	If YES give details إذا كانت الإجابة بنعم ، فاذكر التفاصيل			
D.	Previous Policies Details تفاصيل البوالص السابقة					
	Policy No رقم البوليصة	Sum Assured مبلغ التأمين	Plan & Term الخطة والمدة	DOC تاريخ بدء التأمين	Medical/Non-Med طبي / غير طبي	Status / Date of Last Premium Paid / Surrendered الحالة / تاريخ آخر قسط تم دفعه / استسلام
for more policies attach separate sheet للمزيد من البوالص ارفق ورقة منفصلة						

٦ - التفاصيل الصحية للمؤمن عليه المقترح

6. Health details of Life to be Assured

	Personal History التاريخ الشخصي	Answer Yes or No أجب بنعم أو لا	If Yes give full Details إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى ذكر التفاصيل كاملة
A.	During last 5 years have you consulted a Medical Practitioner for any ailment requiring treatment for more than a week? خلال السنوات الخمس الماضية، هل استشرت ممارساً طبياً بشأن أي مرض يتطلب علاجاً لأكثر من أسبوع؟	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	
B.	Have you ever been admitted to any hospital for treatment or operation? هل سبق لك أن دخلت أي مستشفى لتلقي العلاج أو إجراء جراحة؟	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	
C.	Have you remained absent from place of work on health grounds during the last 5 years? هل تغيبت عن مكان العمل لأسباب صحية خلال السنوات الخمس الماضية؟	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	
D.	Are you suffering from or have you ever suffered from High/low Blood Pressure, Rheumatic fever, Chest Pain, Breathing,	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

	Palpitation, Heart diseases, Lungs, Brain, or Nervous system? هل تعاني أو سبق أن عانيت من ارتفاع / انخفاض ضغط الدم أو الحمى الروماتيزمية أو آلام الصدر أو التنفس أو الخفقان أو أمراض القلب أو الرئتين أو الدماغ أو الجهاز العصبي؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	
E.	Are you suffering from or have you ever suffered from Diabetes, TB, Cancer, Gout, enlarged glands or Tumors, Epilepsy, Hernia, Leprosy or any other disease of Stomach, Liver, Spleen, Gall Bladder, Pancreas, Kidney, Prostate, Urinary system? هل تعاني أو سبق أن عانيت من مرض السكري، السل، السرطان، النقرس، تضخم الغدد أو الأورام، الصرع، الفتق، الجذام أو أي مرض آخر في المعدة، الكبد، الطحال، المرارة، البنكرياس، الكلى، البروستات، الجهاز البولي؟	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	
F.	Are you suffering from or have you ever suffered from Hydrocele, Fistula, Varicose Veins, Skin eruption, Filariasis, Goiter, Gonorrhoea, Syphilis or any other venereal disease? هل تعاني أو عانيت من أي وقت مضى من القيلة المائية أو الناسور أو الدوالي أو الالتهاب الجلدي أو داء الفيلاريات أو تضخم الغدة الدرقية أو السيلان أو الزهري أو أي مرض تناسلي آخر؟	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	
G.	Are you suffering from or have you ever suffered from any disease of ear, nose throat or eyes including defective sight or hearing and discharge from ears? هل تعاني أو سبق أن عانيت من أي مرض في الأذن أو الأنف والحنجرة أو العيون بما في ذلك خلل في البصر أو السمع وإفرازات من الأذنين؟	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	
H.	Do you use or ever used Alcohol / Narcotics / Tobacco / any other drugs? هل تستخدم أو استخدمت الكحول / المخدرات / التبغ / أي عقاقير أخرى؟	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	
I.	Have you ever received advice/treatment for Hepatitis B or AIDS condition? هل تلقيت يوماً نصيحة / علاجاً لحالة التهاب الكبد ب أو مرض الإيدز؟	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	
J.	Has any of your relations, living or dead suffered from any hereditary or infectious disease like diabetes, insanity, epilepsy, gout, asthma, cancer, tuberculosis, leprosy etc.? هل عانى أي من أقاربك، سواء أكان حياً أم ميتاً، من أي مرض وراثي أو معددي مثل السكري، والجنون، والصرع، والنقرس، والربو، والسرطان، والسل، والجذام، وما إلى ذلك؟	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	
K.	Have you any bodily defect or deformity? If so, give details, هل لديك أي عيب جسدي أو تشوه؟ إذا كان الأمر كذلك، فاذكر التفاصيل،	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	
L.	Did you ever have any operation, accident, or injury? هل تعرضت من قبل لأي عملية جراحية أو حادث أو إصابة؟	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	
M.	Have you ever had ECG, X-Ray, Screening blood/urine/stool examination? هل سبق لك أن خضعت لرسم القلب، والأشعة السينية، وفحص الدم / فحص البول / البراز؟	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	
N.	Has your weight changed in the past year? If yes state with reason هل تغير وزنك العام الماضي؟ إذا كانت الإجابة بنعم، اذكر سبباً	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	
O.	What has been your usual state of Health? ما هي حالتك الصحية المعتادة؟		

7. Family History						7- تاريخ العائلة
Members الأفراد	Living أحياء		Deceased متوفون			
	Present Age العمر الحالي	State Of Health الحالة الصحية	Year Of Death سنة الوفاة	Age At Death العمر عند الوفاة	Cause Of Death سبب الوفاة	
Father الأب						
Mother الأم						
Brothers الإخوة						
Sisters الأخوات						
Wife/Husband الزوج/ الزوجة						
Children الأطفال						

8. To be answered if Life to be assured is a female

٨- يُملأ إذا كانت المؤمن على حياتها أنثى

A.	Husband's Full Name الاسم الكامل للزوج			
	Husband's Occupation وظيفة الزوج		Annual Income الدخل السنوي	
B.	Details of Husband's Insurance تفاصيل تأمين الزوج			
	Policy No رقم البوليصا	Name of the Insurer / Company اسم جهة / شركة التأمين	Sum Assured بلغ التأمين	Plan & Term الخطة والمدة
				Present Status of the Policies الوضع الحالي للبوليصا
C.	Are you Pregnant now? هل انت حامل الان؟	Date of last Delivery تاريخ آخر وضع	Have you had any abortion or miscarriage or Caesarean Section? If so, give details. هل تعرضت لأي إجهاض أو عملية قيصرية؟ إذا كان الأمر كذلك ، فاذكر التفاصيل	Date of last menstruation تاريخ آخر دورة شهرية

9. Plan Details

٩ - تفاصيل الخطة

A.	Plan Name اسم الخطة				Plan No. رقم الخطة	
B.	Policy Term (years) مدة البوليصا (سنوات)	Payment Term (years) مدة السداد (سنوات)				
C.	Premium Type نوع القسط	Single فردى	\$	Top-up تكميلي	\$	Regular منتظم
D.	Frequency (If regular) وتيرة الدفع (إذا كان منتظماً)	Yearly سنوي	<input type="checkbox"/>	Half-Yearly نصف سنوي	<input type="checkbox"/>	Quarterly ربع سنوي
E.	Investment Amount بلغ الاستثمار	In words: بالكلمات:			USD(In Figure) دولار أمريكي (بالأرقام)	\$

10. Fund Details

١٠ - تفاصيل الصندوق

Please use additional sheet in case of more No. of fund details

يرجى استخدام ورقة إضافية في حالة وجود المزيد من تفاصيل الصندوق

Sl.No. رقم	ISIN رقم تعريف الأوراق المالية الدولي	Fund Name اسم الصندوق	% Of Allocation النسبة المئوية للتخصيص
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
Total الإجمالي			100 %

Risk Disclaimer: Investments in unit linked plans are subject to various risks including market and investment risks. This product is a unit linked insurance plan. All such risks are borne by the proposed life assured / proposer. Life Insurance Corporation (International) B.S.C.(c) does not guarantee on the return of the invested funds.

إخلاء المسؤولية عن المخاطر: تخضع الاستثمارات الخطط المرتبطة بالوحدات لمخاطر مختلفة بما في ذلك مخاطر السوق والاستثمار. هذا المنتج عبارة عن خطة تأمين مرتبطة بالوحدة. يتحمل المؤمن عليه / مقدم العرض كل هذه المخاطر. شركة التأمين على الحياة (العالمية) ش.م.ب (مقفل) لا تضمن إعادة الأموال المستثمرة.

11. Premium Payment Details		١١ - تفاصيل سداد القسط	
A.	Object of Insurance Contract? سبب عقد التأمين؟		
B.	Who will pay Premium? من سيدفع قسط التأمين؟	Proposer <input type="checkbox"/> مقدم الطلب	Life to be Assured <input type="checkbox"/> المؤمن على حياته
C.	Premium Currency عملة القسط	USD <input type="checkbox"/> دولار أمريكي	BD <input type="checkbox"/> دينار بحريني
D.	Payment Method طريقة الدفع او السداد	Bank Transfer Once the application is accepted, our bank details will be provided through email. حوالة بنكية بمجرد قبول الطلب، سيتم تقديم التفاصيل المصرفية الخاصة بنا عبر البريد الإلكتروني.	

12. Bank Details for all Payment		١٢ - التفاصيل المصرفية لجميع المدفوعات	
A	Name of Bank اسم البنك		
	Bank Branch & Address فرع البنك وعنوانه		
B	Account Name أسم الحساب		
	Account Number رقم الحساب		
C	IBAN Number (23 Digits) رقم الآيبان (23 رقمًا)		
How long is the Account held for ما هي مدة الاحتفاظ بالحساب		Year(s) سنة (سنين)	Month(s) شهر (شهور)

13. Source of Funds (Same as Bank Details above <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No – If different, please complete bank details)		١٣ - مصدر الأموال (مثل التفاصيل المصرفية أعلاه <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا - إذا كان مختلفًا ، يرجى استكمال التفاصيل المصرفية)	
A	Name of Bank اسم البنك		
	Bank Branch & Address فرع البنك وعنوانه		
B	Account Name أسم الحساب		
	Account Number رقم الحساب		
C	IBAN Number (23 Digits) رقم الآيبان (23 رقمًا)		
How long is the Account held for ما هي مدة الاحتفاظ بالحساب		Year(s) سنة (سنين)	Month(s) شهر (شهور)

14. Source of Income (Where the source is from, give a breakdown of your annual earnings from all sources for the last 3 years)

١٤ - مصدر الدخل (من أين المصدر ، اذكر تفاصيل أرباحك السنوية من جميع المصادر لآخر ٣ سنوات)

	Earned Income دخل مُكتسب	Investment Income دخل استثمار	Other Income دخل آخر	Currency of Income عملة الدخل
A. Current year's income to date دخل السنة الحالية حتى الآن				
B. Last year العام الماضي				
C. Previous year العام السابق				

15. Source of Wealth (Origin of wealth acquired)
١٥ - مصدر الثروة (أصل الثروة المكتسبة)

Proposer مُقدم الطلب	Life to be Assured المؤمن على حياته
<input type="checkbox"/> Savings from income /salary /company profits/bonus المدخرات من الدخل / الراتب / أرباح الشركة / المكافأة	
A. Employer's / Company Name اسم صاحب العمل / الشركة	
B. Job Title / Nature of company business المسمى الوظيفي / طبيعة عمل الشركة	
C. Number of years employed with company / Saving عدد سنوات العمل لدى الشركة / الادخار	
D. Annual Income (In USD) / Bonus (In USD) الدخل السنوي (بالدولار الأمريكي) / المكافأة (بالدولار الأمريكي)	
<input type="checkbox"/> Other (proceeds from shares / investment holdings / property sale) أخرى (متحصلات من الأسهم / حيازات الاستثمار / بيع العقارات)	
E. Please include full details of where funds are from Date, Currency and Amount يرجى تضمين التفاصيل الكاملة لمكان وجود الأموال من التاريخ والعملة والمبلغ	
Please provide the below documentary evidence for Source of Premium / Income / Wealth يرجى تقديم المستندات أدناه لإثبات مصدر الأقساط / الدخل / الثروة	
Employees: Certified Salary Certificate and/or Last 3 months Bank Statement showing balance sufficing the investment الموظفون: شهادة راتب معتمدة و / أو كشف حساب مصرفي لآخر 3 أشهر يوضح الرصيد الكافي للاستثمار	
Business / Self Employed / Others: Certified Last 3 months bank statement (or) audited financial accounts sufficing the investment نشاط تجاري / عمل لحساب خاص / غير ذلك: كشف حساب مصرفي معتمد لآخر 3 أشهر (أو) حسابات مالية مدققة كافية للاستثمار	

16. Certified Proof of Identity and Proof of Residential Address

١٦ - إثبات الهوية وإثبات العنوان السكني

A. Citizenship ID (Photocopy both sides) هوية الجنسية (صورة من كلا الجانبين)	Proposer <input type="checkbox"/> مقدم الطلب	Life to be Assured <input type="checkbox"/> المؤمن عليه	Nominee <input type="checkbox"/> مرشح
B. Passport (photocopy with address page) جواز السفر (نسخة مع صفحة العنوان)	Proposer <input type="checkbox"/> مقدم الطلب	Life to be Assured <input type="checkbox"/> المؤمن عليه	Nominee <input type="checkbox"/> مرشح
C. Latest Utilities Bill / Telephone Bill أحدث فاتورة الكهرباء و الماء / فاتورة هاتف	Proposer <input type="checkbox"/> مقدم الطلب	Life to be Assured <input type="checkbox"/> المؤمن عليه	Nominee <input type="checkbox"/> مرشح
D. Others آخرون	Specify: حدد	Proposer <input type="checkbox"/> مقدم الطلب	Life to be Assured <input type="checkbox"/> المؤمن عليه

17. Declaration and Authorization

I/We understand and agree that notwithstanding this payment, I/We will continue to be responsible for payment of required premiums to the Company within the required premium due-dates and that I/We will not hold Life Insurance Corporation (International) B.S.C. (c) (the "Company") responsible in any manner for any actions initiated by the Company (including lapse/termination of policy) for reasons of any outstanding premium as on such premium due date. I/We confirm that the above filled in details are complete and true and that I/We will not hold the Company responsible in any manner for any premium payment being delayed or not being effected at all. I/We also agree that the Company is not obligated to inform me if any of my premium payment is not realized/received by the Company and that I/We alone will be responsible for consequences of such unpaid premium amounts. In the event of non-realization of first premium deposit, the policy if issued shall be treated as cancelled/void from inception.

I/We declare that I/We have clearly understood the terms and conditions of the product I/we am/are applying for and have clearly understood its features and benefits including the associated risk factors and charges. I/We further declare that I/We have answered all the questions in this proposal form after clearly understanding them and that I/We have duly signed this form at required places. I/We confirm to have fully understood the nature of the questions and the importance of disclosing all information while answering such questions. I/We declare that the answers given by me to all questions in the proposal form are true and complete in every respect and that I/We have not withheld any material information or suppressed any material fact. I/We undertake to notify Life Insurance Corporation (International) B.S.C. (c) ('Company') of any change in any information given by me in this proposal form. I/We confirm that I/We clearly understand that in case of any misstatement, misrepresentation and/or suppression of any data and/or information and/ or where I/We do not inform the Company of any changes in information provided in this proposal form, the Company has the right to repudiate all claim(s) under any policy if issued based on this proposal form and/or at sole discretion of the Company to consider any issued policy based on this proposal form as void. I/We hereby authorize Life Insurance Corporation (International) B.S.C.(c) to contact me anytime and through any medium (phone, email, SMS etc.) for purpose of obtaining more information about this proposal form and/or for keeping me/us informed about their other products and/or promotion activities. I/We hereby also authorize my/our past/present employer/business associates, medical practitioner(s)/hospitals/laboratories/medical providers, insurance companies, financial institutions to release to Life Insurance Corporation (International) B.S.C.(c) all details, records, facts and information (including medical details, KYC records, AML-CTF & FATCA details) as required anytime by Life Insurance Corporation (International) B.S.C.(c) for assessment of risk and/or for processing of claims if subsequently an insurance policy is issued based on this proposal form. This proposal form shall be a part of the insurance policy in case of its acceptance by the Company.

I/We declare that I/we have met the Financial Professional in person or virtually and that no third parties have been involved in providing the advice or the collection/certification of my/our due diligence documentation (where applicable) at any stage of the policy application process.

أنا/نحن أدرك/ندرك وأوافق/نوافق على أنه على الرغم من هذا الدفع ، سوف أستمر/نستمر في تحمل المسؤولية عن دفع الأقساط المطلوبة للشركة في تواريخ استحقاق الأقساط المطلوبة وأنني / أننا لن أعرض/نعرض شركة التأمين على الحياة (العالمية) ش.م.ب. (مقفل) ("الشركة") للمسؤولية بأي شكل من الأشكال عن أي إجراءات تتخذها الشركة (بما في ذلك انقضاء / إنهاء البوليصة) لأسباب تتعلق بأي قسط مستحق كما هو الحال في تاريخ استحقاق الأقساط. أؤكد / نؤكد أن التفاصيل المعبأة أعلاه كاملة وصحيحة وأنني / أننا لن نحمل/نحمل الشركة المسؤولية بأي شكل من الأشكال عن تأخر دفع قسط التأمين أو عدم تنفيذه على الإطلاق. أوافق / نوافق أيضًا على أن الشركة ليست ملزمة ببلاغي إذا لم يتم تحقيق / استلام أي من أقساط التأمين الخاصة بي من قبل الشركة وأنني / نحن وحدي /وحدنا سوف نحمل/نحمل المسؤولية عن عواقب هذه المبالغ غير المدفوعة. في حالة عدم تحقيق أول قسط من التأمين ، يتم التعامل مع البوليصة في حالة إصدارها على أنها ملغاة / باطلة منذ البداية.

أقر / نقر بأنني / بأننا فهمت/ فهمنا بوضوح شروط وأحكام المنتج الذي أتقدم/ نتقدم للحصول عليه وفهمت بوضوح ميزاته وفوائده بما في ذلك عوامل الخطر والرسوم المرتبطة به. أقر / نقر أيضًا أنني / أننا أجبنا على جميع الأسئلة الواردة في نموذج الطلب هذا بعد فهمها بوضوح وأنني / أننا وقعت/وقعنا هذا النموذج حسب الأصول في الأماكن المطلوبة. أؤكد / نؤكد على فهمي/ فهمنا الكامل لطبيعة الأسئلة وأهمية الكشف عن جميع المعلومات أثناء الإجابة على مثل هذه الأسئلة. أقر / نقر بأن الإجابات المقدمة على جميع الأسئلة في نموذج الطلب صحيحة وكاملة من جميع النواحي وأنني / نحن لم نحجب/نحجب أي معلومات جوهرية أو أضع/نضع أي حقيقة جوهرية. أتعهد / نتعهد بإخطار شركة التأمين على الحياة (العالمية) ش.م.ب (مقفل) ("الشركة") بأي تغيير في أي معلومات قدمتها في نموذج الطلب هذا. أؤكد / نؤكد أنني / نحن نفهم، أفهم بوضوح أنه في حالة وجود أي تحريف و / أو قمع لأي بيانات و / أو معلومات و / أو عندما لا أبلغ / نبلغ الشركة بأي تغييرات في المعلومات المقدمة في هذا الطلب بشكل نموذجي ، يحق للشركة رفض جميع المطالبات بموجب أي بوليصة إذا تم إصدارها بناءً على نموذج الطلب هذا و / أو وفقًا لتقدير الشركة المطلق للنظر في أي بوليصة صادرة بناءً على نموذج اطلب هذا باطلة. أرفض / نفوض بموجبه شركة التأمين على الحياة (العالمية) ش.م.ب (مقفل) بالتواصل معي في أي وقت من خلال أية وسيلة (البريد الإلكتروني، الرسائل القصيرة، الهاتف) لإعلامي بمنتجاتهم الأخرى و / أو أنشطتهم الترويجية. أرفض / نفوض أيضًا صاحب العمل / شركائنا في العمل / الممارسين الطبيين / المستشفيات / المختبرات / مقدمي الخدمات الطبية ، وشركات التأمين ، والمؤسسات المالية ، أن يقدموا إلى شركة التأمين على الحياة (العالمية) ش.م.ب. (مقفل) جميع التفاصيل والسجلات والحقائق والمعلومات (بما وتفاصيل قانون الامتثال الضريبي للحسابات الخارجية) كما هو مطلوب في أي وقت من قبل AML-CTF في ذلك التفاصيل الطبية وسجلات "اعرف عميلك" و شركة التأمين على الحياة (العالمية) ش.م.ب (مقفل) لتقييم المخاطر و / أو معالجة المطالبات إذا كانت البوليصة ستصدر لاحقًا بناءً على نموذج الطلب هذا. يجب أن يكون نموذج الطلب هذا جزءًا من بوليصة التأمين في حالة قبولها من قبل الشركة.

أقر / نقر بأنني / لقد التقيت بالمختص المالي شخصيًا أو فعليًا وأنه لم يشارك أي طرف ثالث في تقديم المشورة أو جمع / التصديق على وثائق العناية الواجبة الخاصة بي / الخاصة بنا (عند الاقتضاء) في أي مرحلة من مراحل عملية طلب البوليصة.

Date التاريخ	Signature التوقيع	Proposer مقدم الطلب	Life to be Assured المؤمن على حياته
-----------------	----------------------	------------------------	--

18. Financial Professional's (Consultant's) details and declaration. (To be filled by relevant financial professional)

١٨ - تفاصيل وإقرار الخبير المالي (الاستشاري). (يتم ملؤها من قبل متخصص مالي ذي صلة)

Consultant's Confidential Report تقرير سري للاستشاري	Proposer مقدم الطلب	Life to be Assured المؤمن عليه
Name of the Proposer/Life Assured اسم مقدم الطلب / المؤمن عليه		
How long do you know the LA/Proposer? منذ متى تعرف المؤمن عليه / مقدم الطلب؟		
Are you related to LA/Proposer? If so, how? هل تربطك علاقة بالمؤمن عليه / مقدم الطلب؟ إذا كان الأمر كذلك ، فما هي؟		
Did you personally see the LA/Proposer? هل رأيت المؤمن عليه / مقدم الطلب شخصياً؟		
Annual Income of LA/Proposer الدخل السنوي للمؤمن عليه / مقدم الطلب		
Source of Income (Salary / Business / Other) مصدر الدخل (الراتب / العمل / أخرى)		
What is general state of health of LA/Proposer? ما هي الحالة العامة لصحة المؤمن عليه / مقدم الطلب؟		
Do you have knowledge of any risk on health issues? هل لديك علم بأي مخاطر على صحة؟		
Do you have knowledge of any risk on financial issues? هل لديك علم بأي مخاطر تتعلق بالقضايا المالية؟		
<p>Declaration: I declare that, to the best of my knowledge and belief, the information given is true and shall form the basis of the proposed contract with Life Insurance Corporation (International) B.S.C. (c). I confirm that I have met the customer whether in person or virtually, and that no third parties have been involved in providing the advice or the collection / certification of the customer due diligence documentation (where applicable) at any stage of the policy application process.</p> <p>إعلان: أقر ، على حد علمي واعتقادي ، أن المعلومات المقدمة صحيحة وستشكل أساس العقد المقترح مع شركة التأمين على الحياة (العالمية) ش.م.ب (مفقلة). أؤكد أنني قابلت العميل سواء شخصياً أو افتراضياً ، وأنه لم يشارك أي طرف ثالث في تقديم المشورة أو جمع / اعتماد وثائق العناية الواجبة للعميل (عند الاقتضاء) في أي مرحلة من مراحل عملية طلب البوليصة.</p>		
Name of the Consultant اسم الاستشاري		
Consultant Code No رقم رمز الاستشاري	CA / Broker / Bank Code المرجع المصدق / الوسيط / رمز البنك	
Mobile No رقم الموبايل	Email Address عنوان البريد الإلكتروني	
Place المكان Date التاريخ	Signature of the Consultant توقيع الاستشاري	

معيار إعداد التقارير المشترك (استمارة الإقرار الذاتي)

CRS Self-Certification Form

Please complete and sign this form. For Joint Life Policies, each life assured will have to complete a separate form.

الرجاء إكمال وتوقيع هذا النموذج. بالنسبة لحوال التامين المشتركة، سيتعين على كل مؤمن عليه إكمال نموذج منفصل.

Full Name الاسم الكامل			Date of Birth تاريخ الميلاد	DD / MM / YYYY سنة / شهر / يوم
Place of Birth محل الميلاد	Country البلد		Nationality الجنسية	
Present Country of Residence بلد الإقامة الحالي				
Are you a tax resident in any other country outside Bahrain? هل أنت مقيم ضريبي في أي دولة أخرى خارج البحرين؟	Yes نعم <input type="checkbox"/> No لا <input type="checkbox"/>			

(For details on tax residency of a country please refer to OECD site <http://www.oecd.org/tax/automatic-exchange/crs-implementation-and-assistance/tax-residency>)

If Yes Please complete the following table indicating: Where the Account Holder is tax resident and the Account Holder's TIN (Tax Identification Number e.g., PAN) for each country/jurisdiction indicated.

If a TIN is unavailable, please provide the appropriate reason **A, B or C were indicated below:**

Reason A: The country/jurisdiction where the Account Holder is resident does not issue TINs to its residents,

Reason B: The Account Holder is otherwise unable to obtain a TIN or equivalent number (Please explain)

Reason C: No TIN is required. (Note. Only select this reason if the domestic law of the relevant jurisdiction does not require the collection of the TIN issued by such jurisdiction.

للحصول على تفاصيل حول الإقامة الضريبية لبلد ما، يرجى الرجوع إلى موقع منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية <http://www.oecd.org/tax/automatic-exchange/crs-implementation-and-help/tax-residency>

إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى إكمال الجدول التالي موضحاً: حيث يكون صاحب الحساب مقيماً ضريبياً ورقم التعريف الضريبي الخاص بصاحب الحساب (رقم التعريف الضريبي، على سبيل المثال: PAN) لكل بلد / ولاية قضائية محددة.

إذا كان رقم التعريف الضريبي غير متاح، فيرجى تقديم السبب المناسب للإشارة إلى أ أو ب أو ج أدناه:

السبب أ: لا تُصدر الدولة / الولاية القضائية التي يقيم فيها صاحب الحساب أرقام تعريف الضرائب للمقيمين فيها،

السبب ب: يتعذر على صاحب الحساب الحصول على رقم تعريف دافع الضرائب (TIN) أو رقم معادل له (يرجى التوضيح)

السبب ج: لا يلزم رقم تعريف دافع الضرائب (TIN). ملاحظة: حدد هذا السبب فقط إذا كان القانون المحلي للولاية القضائية ذات الصلة لا يتطلب تحصيل رقم التعريف الضريبي الصادر عن هذه الولاية القضائية.

Country / Jurisdiction of Tax Residence البلد / الولاية القضائية للإقامة الضريبية	TIN or Equivalent أو ما يعادله TIN	If no TIN available tick the reason إذا لم يكن رقم التعريف الضريبي متاحاً، حدد السبب			Please explain in the following boxes why you are unable to obtain a TIN if you selected Reason B above. يرجى التوضيح في المربعات التالية سبب عدم قدرتك على الحصول على رقم التعريف الضريبي إذا اخترت السبب (ب) أعلاه.
		A أ	B ب	C ج	
1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Declaration:

I hereby confirm the information provided above is true, accurate, and complete. Subject to applicable local laws, I hereby consent for the LIC (International) BSC(C) or any of its affiliates (including branches) (collectively "the Company") to share my information with domestic or overseas regulators or tax authorities where necessary to establish our tax liability in any jurisdiction.

I agree and undertake to notify the Company within 30 calendar days if there is a change in any information which I have provided to the Company.

إقرار:

أؤكد بموجب هذا أن المعلومات المقدمة أعلاه صحيحة ودقيقة وكاملة. مع مراعاة القوانين المحلية المعمول بها، أوافق بموجب هذا على شركة التأمين على الحياة العالمية ش.م.ب (مقفل) أي من الشركات التابعة لها (بما في ذلك الفروع) (يشار إليها مجتمعة باسم "الشركة") لمشاركة معلوماتي مع المنظمين المحليين أو الخارجيين أو السلطات الضريبية عند الضرورة من أجل تحديد مسؤوليتنا الضريبية في أي ولاية قضائية.

أوافق وأتعهد بإخطار الشركة في غضون 30 يومًا تقويميًا إذا كان هناك تغيير في أي معلومات قدمتها إلى الشركة.

Date:

تاريخ

Signature of Declarant

توقيع المقر بما فيه

The Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA) is a United States (US) law aimed at foreign financial institutions and other financial intermediaries to prevent tax evasion by US citizens and residents through use of offshore accounts. The FATCA provisions are applicable to all business issued on or after 1 July 2014, therefore you are required to complete the questions below.

This form is mandatory for all nationalities. The information you give will be used in conjunction with your application form.

قانون الامتثال الضريبي للحسابات الأجنبية (FATCA) هو قانون أمريكي يستهدف المؤسسات المالية الأجنبية والوسطاء الماليين الآخرين لمنع التهريب الضريبي من قبل المواطنين والمقيمين الأمريكيين من خلال استخدام الحسابات الخارجية. تسري أحكام قانون الامتثال الضريبي للحسابات الخارجية على جميع الأعمال الصادرة في أو بعد 1 يوليو 2014، لذلك يتعين عليك إكمال الأسئلة أدناه.

هذا النموذج إلزامي لجميع الجنسيات. سيتم استخدام المعلومات التي تقدمها جنباً إلى جنب مع نموذج الطلب الخاص بك.

1. Customer Details

١ - تفاصيل العميل

A.	Application No / Policy No رقم الطلب / رقم البوليصة	
B.	Name اسم	
C.	Nationality (s) الجنسية (الجنسيات)	
D.	Country of Birth بلد الميلاد	
E.	<p>If you are a US* national either by citizenship or residency, please respond to the following questions. *The definition of US includes the 50 United States of America, the District of Columbia, Guam, Puerto Rico, US Virgin Islands, American Samoa, and the Northern Mariana Islands</p> <p>إذا كنت مواطناً أمريكياً* ما عن طريق الجنسية أو الإقامة، فيرجى الرد على الأسئلة التالية. *يشمل تعريف الولايات المتحدة ٥٠ من الولايات المتحدة الأمريكية، ومقاطعة كولومبيا، وغوام، وبورتوريكو، والجزر العذراء الأمريكية، وساموا الأمريكية، وجزر ماريانا الشمالية</p>	
I.	Are you a US Tax Payer? هل أنت دافع ضرائب أمريكي؟	Yes نعم <input type="checkbox"/> No لا <input type="checkbox"/>
II.	Are you a US Citizen? هل أنت مواطن أمريكي؟	Yes نعم <input type="checkbox"/> No لا <input type="checkbox"/>
III.	Do you have a US based Telephone No? هل لديك رقم هاتف في الولايات المتحدة؟	Yes نعم <input type="checkbox"/> No لا <input type="checkbox"/>
F.	Where are you Resident for TAX purposes? أين تقيم لأغراض الضريبة؟	
G.	Country / Countries of Tax Residence: دولة / دول الإقامة الضريبية:	
H.	Tax Reference Number(s): رقم/ أرقام المرجع الضريبي:	
I.	<p>If you have answered 'Yes' to any of the above questions please complete requested additional details on Form B. If all the answers are 'No', simply read and sign the declaration below.</p> <p>إذا أجبت "نعم" على أي من الأسئلة المذكورة أعلاه، فيرجى إكمال التفاصيل الإضافية المطلوبة في النموذج ب. إذا كانت جميع الإجابات "لا"، فما عليك سوى قراءة الإعلان أدناه والتوقيع عليه.</p>	

2. Declaration

٢ - إقرار

I, _____ acknowledge and declare that the above-mentioned information is correct and true and complete to the best of my knowledge and belief. I agree to provide supporting evidence and provide updates in case any of the aforementioned information changes. In case Life Insurance Corporation (International) B.S.C© ("the Insurer") has any reason to believe that the disclosed information is incorrect, the Insurer reserves the right to take suitable action against me.

أنا، _____ أقر وأشهد بأن المعلومات المذكورة أعلاه صحيحة وحقيقية وكاملة على حد علمي واعتقادي. أوافق على تقديم أدلة داعمة وتقديم تحديثات في حالة تغير أي من المعلومات المذكورة أعلاه. في حال كان لدى شركة التأمين على الحياة (العالمية) ش.م.ب (المقفل) ("المؤمن") أي سبب للاعتقاد بأن المعلومات التي تم الكشف عنها غير صحيحة، تحتفظ شركة التأمين بالحق في اتخاذ الإجراء المناسب ضدي.

Place:
المكان

Date:
التاريخ

Signature of Declarant
توقيع المقر به



Life Insurance Corporation (International) B.S.C. (c) is a company incorporated in Kingdom of Bahrain under Commercial Registration No. 21606 and licensed by the Central Bank of Bahrain as a Life Insurance Company. Website: www.licinternational.com.

شركة التأمين على الحياة (العالمية) ش.م.ب (مقفلة) هي شركة تأسست في مملكة البحرين بموجب السجل التجاري رقم 21606 ومرخصة من قبل مصرف البحرين المركزي كشركة تأمين على الحياة. الموقع الإلكتروني : www.licinternational.com.