

إستمارة خطة معاشات التأمين الآجلة

Proposal for New Deferred Future Secure Pension Plan (260)

يرجى كتابة جميع الإجابات بخط عريض

Please write all answers in BLOCK capital Letters.

يرجى المصادقة على التعديلات / التصحيحات. يرجى التوقيع على الجزء السفلي من كل صفحة من الأقسام A و B

Kindly authenticate alternations/corrections. Kindly sign at the bottom of each page of sections A & B

رقم الإدخال Inward No	:	تاريخ الإدخال Date of inward	:
إسم الإستشاري Name of Consultant	:	رقم كود الإستشاري Consultant Code No	:
Chief Agent Name and Code NO:		إسم الوكيل الرئيسي ورقم الرمز:	

عملة إيداع الطلب Proposal Deposit Currency	: دينار بحريني / دولار أمريكي / درهم إماراتي / دينار كويتي / ريال عماني / ريال قطري BD/ USD/ AED/ KD/ OR/ QR/	طريقة مبلغ و مبلغ إيداع الطلب Proposal Deposit Amount Payment Mode	:
		Cash / Cheque / Telex Transfer / Demand Draft نقدًا / شيك / تحويل عبر التللكس / كمبيالة تحت الطلب	
تاريخ إيداع الطلب Date of Proposal Deposit	:	رقم الطلب Proposal Number	:

الجزء A: البيانات الشخصية لمقدم طلب شراء خطة المعاش

Part A: Personal Details of Person proposing to purchase the Annuity

(من فضلك اذكر التفاصيل حسب الأسئلة المذكورة أدناه)

(Please provide details as per questions mentioned therein)

1.	الإسم بالكامل: <input type="checkbox"/> السيد <input type="checkbox"/> السيدة <input type="checkbox"/> الأنسة	
	Full Name: <input type="checkbox"/> Mr. <input type="checkbox"/> Mrs. <input type="checkbox"/> Ms.	
	First الاسم الأول	Middle الاسم الوسط
2.	النوع: ذكر / أنثى Gender : Male / Female	تاريخ الميلاد: Date of birth:
		س س س س ش ش ي ي D D M M Y Y Y Y
3.	السن في آخر عيد ميلاد لك / لك: سنة Age at last birthday : Years	دليل السن: Age proof:
4.	محل الميلاد: Place of Birth:	بلد الميلاد: Country of Birth:
5.	عنوان الاتصال (يرجى تقديم دليل مناسب للعنوان): Address for Communication (Kindly provide proper address proof for this): -	العنوان الدائم في الدولة الأم: Permanent Address in Home Country: -
	الإمارات / Emirates:	

6.	أرقام الهاتف في مكان الإقامة الحالي Contact Phone numbers at present place of residence ISD Code / ISD : كود - Office / المكتب : - Residence / الإقامة : - Mobile / الجوال : -				أرقام الهاتف في البلد الأم Contact Phone numbers in Home Country ISD Code / ISD : كود - Residence / الإقامة : - Mobile / الجوال : -	
7.	البريد الإلكتروني: - Email-ids: -					
8.	الحالة الاجتماعية: - أعزب / متزوج Marital Status:- Single / Married					
9.	إسم الأب بالكامل (اللقب أولاً): - Father's full Name (Surname first): -					
10.	الجنسية / المواطنة: Nationality/ Citizenship/s:					
11.	رقم جواز السفر: Passport Number- تاريخ الإنتهاء: Date of Expiry – دولة الإصدار: Country of issue:				رقم البطاقة التعريفية / بطاقة الإقامة / بطاقة المواطنة: CPR/Resident/Citizenship Card No. – تاريخ الإنتهاء: Date of Expiry – صدر بواسطة الإمارات Issued by Emirates :	
12.	الدخل السنوي من كافة المصادر: - Annual Income from all Sources: - USD/ BD / AED/ KD/ OR/ QR				مصدر / مصادر الدخل لدفع قسط التأمين: - دخل الراتب / دخل الأعمال التجارية / مصادر أخرى Source/s of Income for payment of premium for this policy (please specify and provide documentary proof) Salary Income / Business Income / Other sources	
13.	المؤهلات الدراسية: Educational Qualifications: -				إسم وعنوان صاحب العمل: Name and address of Employer: -	
14.	الوظيفة / المهنة: Occupation/Profession: -					
15.	نظام القسط السنوي: Mode of Annuity Instalment:	سنوي Yly	نصف سنوي Hly	ربع سنوي Qly	شهري Mly	سعر الشراء بالدولار الأمريكي Purchase Price in USD:
16.	فترة التأجيل Deferment Period				سنة Years	
17.	يرجى تحديد أي من خيارات خطط المعاش التالية المتاحة وضع علامة () أمام الخيار المحدد: Please select any of the following available Pension Options and tick () against the option selected:					
الخيار 1 Option 1		تأجيل المعاش للحياة الواحدة مع إرجاع سعر الشراء Deferred Annuity for Single Life with return of Purchase Price				
الخيار 2 Option 2		تأجيل المعاش للحياة المشتركة مع إرجاع سعر الشراء Deferred Annuity for Joint Life with return of Purchase Price				
18.	مصدر الأموال لدفع الأقساط المذكورة أعلاه الخاصة بخطة التقاعد Source of Funds for paying above premium for pension plan:					
19.	هل تحتفظ بأي سلطة حكومية فخرية أو تنظيمية أو تشريعية؟ Are you holding any honorary or regulatory or legislative government authority? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No					
20.	هل أي من أقرانك المقربين - الوالدين أو الزوج / الزوجة أو الأطفال أو الإخوة أو الأخوات - يحتفظون بأي سلطة أو منصب حكومي شرفي أو تنظيمي أو تشريعي؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>					

	Any of your close relatives – parents or spouse or children or brothers or sisters are holding any honorary or regulatory or legislative government authority or position? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No								
	يلزم الإجابة على الأسئلة من 21 إلى 29 في حالة إختيار الخيار 2 (الحياة المشتركة) Answers to Q. Nos. 21 to 29 are mandatory in case of Option 2 (Joint life)								
21.	إسم الزوج / الزوجة Name of Spouse:								
22.	تاريخ الميلاد الزوج أو الزوجة:	ي	ي	ش	ش	س	س	س	س
	Date of Birth of Spouse:	D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
23.	سن الزوج / الزوجة في آخر عيد ميلاد له / لها : _____ سنة شهر _____ Age of Spouse : _____ Years _____ Months	دليل السن: Age proof:							
24.	محل ميلاد الزوج / الزوجة Place of Birth of Spouse:	بلد الميلاد للزوج / الزوجة Country of Birth of Spouse:							
25.	Address for Communication of Spouse (Kindly provide proper address proof for this): - Emirates	عنوان التواصل مع الزوج / الزوجة (يرجى تقديم الدليل المناسب على العنوان): الإمارات							
26.	البريد الإلكتروني للزوج / الزوجة: Email ID of Spouse:-								
27.	أرقام الهاتف للزوج / الزوجة في محل الإقامة الحالي Contact Phone numbers of Spouse at present place of residence ISD Code / ISD كود : - Office / المكتب : - Mobile / الجوال : -	أرقام الهاتف للزوج / الزوجة في البلد الأم Contact Phone numbers of Spouse in Home Country ISD Code / ISD كود : - Mobile / الجوال : -							
28.	الجنسية / المواطنة: Nationality/ Citizenship/s :								
29.	رقم جواز السفر: (يرجى توفير نسخة منه) Passport Number- (Please provide copy) تاريخ الإنتهاء: Date of Expiry – دولة الإصدار: Country of issue:	رقم البطاقة التعريفية / بطاقة الإقامة / بطاقة المواطنة: (يرجى توفير نسخة من البطاقة) CPR/Resident/Citizenship Card No. – (Please provide copy) تاريخ الإنتهاء: Date of Expiry – صدر بواسطة الإمارات: Issued by Emirates:							

30. يرجى تقديم المبلغ الإجمالي للقسط السنوي الذي تدفعه بموجب البوليصات الحالية المأخوذة من الشركة: _____.

30. Please provide total amount of premium per annum being paid by you under existing policies taken from the Company: _____.

31. تفاصيل الحساب المصرفي لمدفوعات المعاش التقاعدي مباشرة إلى حساب مصرفي: -

31. Bank Account Details for crediting pension payments directly to bank account: -

Name of the Bank اسم البنك	
Bank Branch الفرع	
IBAN رقم الحساب المصرفي الدولي	
Bank Account Number رقم الحساب المصرفي	

32. يرجى تقديم تفاصيل عن البنوك التي تتعامل معها في الإمارات العربية المتحدة:

32. Please provide details of Banks you are dealing with in UAE:

نوع الحساب	إسم البنك
Type of Account	Name of the Bank

لا ☐ نعم ☐

33. هل حصلت أنت / شركتك على قرض أو تسهيل ائتماني من أي بنك؟:

33. Have you/ your company has availed loan or credit facility from any bank?: ☐ Yes ☐ No

إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى تقديم التفاصيل: اسم البنك ، الفرع.

If yes please provide details: Name of Bank , Branch:

_____.

34. تفاصيل المرشح / المستفيد: أقوم أنا بموجب هذه البوليصة بتعيين شخص يلي كمرشح / مستفيد بموجب هذه البوليصة والذي سيتم دفع أموال البوليصة إليه في حالة وفاة صاحب المعاش.

34. Details of Nominee/ Beneficiary: I hereby appoint following person as nominee/beneficiary under this policy to whom policy monies will be paid in case of death of annuitant.

Particulars التفاصيل	Details of Nominee تفاصيل المرشح (بطاقة الهوية للمرشح)	Details of Appointee (Appointee details are required only if the Nominee is minor) تفاصيل الوصي إذا كان المرشح قاصرًا
Name الاسم		
Is the address is as same as given for proposer. If not , please mention the address هل العنوان هو نفسه عنوان مقدم الطلب؟ إذا لم يكن كذلك ، يرجى ذكر العنوان		
Age السن		
Relation to Life Assured صلته بالمؤمن عليه		
Nationality/ Passport Number/ Date of Expiry الجنسية/ رقم جواز السفر/ تاريخ الانتهاء		
CPR/ Citizen Card/ and Expiry Date رقم البطاقة التعريفية/ بطاقة الإقامة/ بطاقة المواطنة/ بطاقة هوية المقيم وتاريخ الانتهاء		
Telephone/ Mobile number in home country رقم الهاتف/ الجوال في البلد الأم		

35.	ما هي حالتك الصحية المعتادة (لصاحب المعاش)؟ What has been your usual state of health (for Annuitant)?	
36.	ما هي الحالة الصحية المعتادة لزوجك / زوجتك؟ (في حالة الخيار 2 الحياة المشتركة)	

What has been usual state of health of your Spouse? (In case of Option 2 (Joint Life))	
--	--

توقيع مقدم الطلب _____ توقيع المعين (إن أمكن) _____

Signature of Proposer _____ Signature of Appointee (If applicable) _____

الجزء B: إعلان الاعتماد الذاتي للعميل: Part B: CRS Self-Certification Declaration:

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

يرجى ملئ وتوقيع الاستمارة. بوليصات التأمين على الحياة المشتركة يجب على كل حياة مؤمن عليها ان يكون لها استمارة كاملة مستقلة.

Full Name الاسم بالكامل		Date of Birth (DD/MM/YYYY) تاريخ الميلاد (يوم / شهر / سنة)	
Place of Birth محل الميلاد	Town or City المدينة او البلدة	Country الدولة	Nationality الجنسية

Present Country of Residence دولة الإقامة الحالية	
--	--

Are you a tax resident in any other country other than present country mentioned above? ☐ Yes ☐ No
هل انت مسدد لضريبة اقامة في أي دولة أخرى خارج دولة الامارات العربية المتحدة؟ ☐ نعم ☐ لا

(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>)

(لمزيد من التفاصيل عن ضريبة إقامة الدول يرجى الاطلاع على الموقع الالكتروني الخاص بمنظمة التعاون الاقتصادي والتنمية على الرابط التالي
<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.

في حالة الإجابة بنعم يرجى اكمال الجدول التالي الذي يوضح:
المحل الذي يسدد فيه صاحب الحساب ضريبة الإقامة
الرقم التعريفي الضريبي لصاحب الحساب موضحاً كل دولة / ولاية قضائية.

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

في حالة عدم توفر الرقم التعريفي الضريبي يرجى توضيح السبب الملائم من أ، ب، أو ج فيما يلي:

- 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.

- السبب أ:** الدولة / الولاية القضائية التي يقيم فيها صاحب الحساب لا تصدر رقم تعريفى ضريبي للمقيمين فيها
- السبب ب:** صاحب الحساب غير قادر على الحصول على الرقم التعريفي الضريبي أو ما يعادله (يرجى التوضيح).
- السبب ج:** غير مطلوب رقم تعريفى ضريبي

(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)

(ملحوظة: يتم اختيار هذا السبب فقط في حالة لم يستلزم القانون المحلي او التشريعات ذات الصلة الحصول على الرقم التعريفي الضريبي الصادر من الولاية القضائية ذات الصلة).

Country/Jurisdiction of tax residence دولة / جهة الضريبة على الإقامة	TIN or equivalent الرقم التعريفي الضريبي او ما يعادله	If no TIN available tick the Reason في حالة عدم توفر رقم تعريفى ضريبي يرجى اختيار السبب			Please explain in the following boxes why you are unable to obtain a TIN if you selected Reason B يرجى توضيح أسباب عدم توفر رقم تعريفى ضريبي في هذه الخانات في حالة اختيار السبب (ب)
		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"/>	

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.

أقر بموجب ان المعلومات المدرجة صحيحة ودقيقة وكاملة.
بالخضوع لأحكام القوانين المحلية السارية، أقر بموافقتي على ان تشارك شركة التأمين على الحياة (العالمية) ش.م.ب (مقفلة) او أي من التابعين لها (بما في ذلك الافرع والمشار إليهم اجمالاً باصطلاح "الشركة") معلومات مع المنظمين او سلطات الضرائب المحلية او الخارجية عند الضرورة لتحديد التزاماتي الضريبية في أي ولاية قضائية.
وأقر واتحمل مسؤولية اخطار الشركة خلال 30 يوم ميلادي في حالة حدوث تغيير في أي من المعلومات التي قدمتها للشركة.

Name/ الاسم	Signature/التوقيع	Date/التاريخ

لجزء B: الإقرار:

Part C: Declaration:

1. أقر أنا _____ (اسم مقدم الطلب)، وأعلن بموجب هذا أن البيانات والإجابات السابقة الواردة في الجزء A والجزء B قد قمت بتقديمها بعد فهمي الكامل لها وأقر بصحتها، وأقر بنفس الشيء في كل التفاصيل الخاصة التي قدمتها كما أقر بعدم حجب أي معلومات وأوافق أن تشكل هذه البيانات وهذا الإقرار، بالإضافة إلى الإضافة إلى استمارة الطلب، إن وجدت، أساساً لعقد الضمان بيني وبين شركة التأمين على الحياة (العالمية) ش.م.ب. (مقفلة) (والمشار إليها فيما بعد باسم "الشركة"). وكذلك جزءاً من أي عقد بوليصة قد يصدر بموجبها. كما أنني أدرك تماماً وأوافق على أنه في حالة وجود أي معلومات غير صحيحة في هذا العقد، يكون العقد المذكور باطلاً ولاغياً، كما يحق للشركة مصادرة الأموال المدفوعة.

1. I _____ (Name of the proposer), do hereby declare that the foregoing statements and answers in part A and part B have been given by me after fully understanding the questions and the same are true and complete in every particular and that I have not withheld any information and do hereby agree and declare that these statements and this declaration along with addendum to the proposal form, if any, shall be basis of the contract of assurance between me and Life Insurance Corporation (International) B.S.C.(C) (referred as "the Company" hereinafter). I agree that they shall form a part of any Policy contract that may be issued on the strength thereof. I am also fully aware and agreeing that if any untrue information be contained therein, the said contract shall be absolutely Null and Void and moneys which shall have been paid in respect thereof shall stand forfeited to the Company.

2. خطة التقاعد / المعاش المقترحة هي حسب متطلباتي واحتياجاتي. لقد فهمت بالكامل شروط وأحكام الخطة المقترحة والخيار الذي اخترته من قبل ومزايا الإستحقاق والوفاء المتاحة، إن وجدت، في إطار الخيار المحدد.

2. The suggested pension/annuity plan is as per my requirements and needs. I have fully understood the terms and conditions of the proposed plan and the option selected by me and death benefit, if any, available under the option selected.

3. أوافق كذلك أن أبلغ الشركة على الفور، بعد تاريخ تقديم الطلب وقبل إصدار إيصال الاستلام الأول، كتابةً بأي تغيير يطرأ على مهنتي أو مركزي المالي أو أي تغيير يطرأ على أي فرد من أفراد أسرتي، لإعادة النظر في شروط قبول خطة المعاشات التقاعدية. أي إغفال أو تقصير من جانبي للقيام بذلك يجعل هذا الضمان باطلاً ويحق للشركة مصادرة جميع الأموال التي قد تم دفعها فيما يتعلق بها.

3. I further agree that after the date of submission of the proposal but before the issue of First Premium Receipt, any change in my occupation, financial position or that of any member of my family occur, I shall forthwith intimate the same to the Company in writing to reconsider the terms of acceptance of pension plan. Any omission on my part to do so shall render this assurance invalid and all money which shall have been paid in respect thereof shall stand forfeited to the company.

4. أؤكد بموجب هذا أحقية أي ممارس طبي أو طبيب أو مستشفى أو شركة تأمين أو أي منظمة أخرى لديها أي سجلات أو معلومات ذات صلة بصحتي بتقديم أي من هذه المعلومات إلى الشركة. على أن تكون صورة هذا التفويض مطابقة للأصل.

4. I hereby authorize any medical practitioner, physician, hospital, Insurance Company or any other organization, which has any records or knowledge of me or my health to provide any and all such information to the Company. A photocopy of this authorization shall be as valid as the original.

5. أؤكد بموجب ذلك أن نموذج الطلب هذا قد تم تعبئته وتوقيعه بعد فهم كامل للأحكام ذات الصلة من تشريعات ولوائح مكافحة غسل الأموال / متطلبات اعراف عميلك (KYC) والالتزام بها.

5. I hereby confirm that this proposal form is filled in and signed after understanding fully the relevant provisions of anti-money laundering laws and regulations and know-your-customer (KYC) parameters/ requirements and comply with the same.

6. أقر أيضاً أنني لا أمارس أي نشاط يمكن اعتباره غير قانوني بموجب تشريعات مكافحة غسل الأموال وأن الأموال المودعة من قبلي في الحصول على معاش التأمين / عرض التأمين على الحياة هي عائدات المعاملات القانونية والمشروعة. كما أحول الشركة للكشف عن المعلومات المتعلقة بي وبأموالي لدى أي سلطة تنظيمية. كما أنني أعلم حقيقة أن السلطات التنظيمية / الحكومية قد تحجب أي أموال متعلقة بي، وأن المعاملات قد يتم تعليقها نتيجة لأي تحقيق من جانب هذه السلطات التنظيمية. في حالة حدوث ذلك، لن أحمل الشركة مسؤولية أي خسائر من أي نوع ناجمة عن هذا التعليق / تجميد الأموال / أموال وثيقة التأمين.

6. I also declare that I am not engaged in any activity that may be considered illegal under anti-money laundering legislations and that funds deposited by me towards the premium for the life insurance proposal/policy are the proceeds of legal and legitimate transactions. I also authorize the Company to disclose information relating to me and my funds to any regulatory authority. I also know the fact that regulatory/ Government authorities may withhold any policy moneys/ funds to my credit and that transactions may be suspended as a result of any enquiry by such regulatory authorities. In the happening of such event, I will not hold the Company responsible for any losses of any kind arising out of or consequent thereto such holding/ freezing of funds/ policy monies.

7. أفوض الشركة بإرسال المراسلات عبر البريد الإلكتروني / الرسائل النصية القصيرة إلى بريدي الإلكتروني أو أرقام الهواتف المحمولة المذكورة في هذه الإستمارة وسيتّم إبلاغ الشركة بأي تغييرات لاحقة في معرفات البريد الإلكتروني أو أرقام الهواتف المحمولة.

7. I authorize the company to send the correspondence through e-mail/ SMS to my email ids or mobile numbers provided in this form and any subsequent changes in e-mail-ids or mobile numbers will be notified to the company.

8. وأقر أيضاً أنني في الوقت الحالي لست أحد مواطني الولايات المتحدة الأمريكية أو مقيم في الولايات المتحدة الأمريكية. وفي حال حصولي على جنسية الولايات المتحدة الأمريكية أو أصبحت مقيماً في الولايات المتحدة الأمريكية، سأبلغ المكتب على الفور وسوف ألتزم بأي متطلبات بموجب لوائح الإمتثال الضريبي الأمريكي، إن وجدت *.

8. I also declare that presently I am not citizen of USA or the resident of USA. In case I take citizenship of USA or become resident of USA I will inform the office immediately and will comply with any requirement under FATCA regulations, if applicable.*

9. لقد قمت بشرح إستحقاق المعاش / المعاش السنوي والخيار الذي تم إختياره لزوجتي / زوجي والمستفيد حسب مقتضى الحال.

9. I have explained the pension/annuity benefit and option selected to my spouse and beneficiary as applicable.

التاريخ: -

المكان: -

Date: -

Place:-

توقيع مقدم الطلب: _____

توقيع الشاهد _____

Signature of Witness _____

Signature of Proposer _____

إسم مقدم الطلب: _____

إسم الشاهد: _____

عنوان الشاهد: _____

Name of Witness: _____

Name of Proposer - _____

Address of Witness: _____

نموذج من عينات توقيعات مقدم الطلب:

Specimen Signatures of proposer:

--	--

إذا كان توقيع مقدم الطلب و / أو الإجابة عن الأسئلة المتضمنة هنا بلغة غير تلك المحرر بها هذه الإستمارة، فإنه يتعين عليه / عليها الإقرار بخط يدهم فوق التوقيع بأنه قد تم شرح جميع الأسئلة وأن الإجابات بعد فهمها فهماً صحيحاً.

If answer to the questions and/or signature of the proposer is in language other than from the proposal, he should declare in his own handwriting above his signature that all questions were explained to him and that his replies are given after fully and properly understanding the same.

طاب تفويض لتسليم مستندات وثيقة التأمين

AUTHORISATION LETTER FOR HANDING OVER POLICY DOCUMENT

أفوض بموجب هذا _____ (إسم الإستشاري) لإستلام مستندات وثيقة / وثائق التأمين نيابة عني عقب الموافقة على التأمين ضد المخاطر تحت هذا الطلب.

I hereby authorize _____ (Name of consultant) to collect policy document/s on my behalf subsequent to the acceptance of risk under the subject proposal.

توقيع مقدم الطلب
Signature of Proposer

الجزء D: تقرير الاستشاري السري

Part D: Consultants' Confidential Report

Name of Proposer: _____

1.	منذ متى وأنت تعرف مقدم الطلب؟ How long have you known the proposer?	
2.	ما هي المؤهلات الدراسية الحاصل عليها مقدم الطلب؟ What is Educational Qualification of the Proposer?	
3.	ما هي جنسية مقدم الطلب ووضعه من حيث الإقامة؟ What is Citizenship and Residential Status of the proposer?	
4.	هل لك صلة قرابة بمقدم الطلب؟ إن كان كذلك أذكر هذه الصلة؟ Are you related to the proposer? If so how?	
5.	هل قابلت مقدم الطلب شخصياً في تاريخ تقديم الطلب؟ Have you personally seen the proposer on the date of proposal?	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
6.	ما هي وظيفة ومصادر دخل مقدم الطلب؟ What is occupation and sources of income of the proposer?	
7.	ما هي وثيقة إثبات الدخل التي قمتم بالتحقق منها فيما يتعلق بالدخل المذكور أعلاه؟ What proof of income has been verified by you in respect of the income Stated above?	
8.	هل أنت راض شخصياً عن الوضع المالي لمقدم الطلب / المؤمن عليه؟ Are you personally satisfied with the financial standing of the proposer / life assured?	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
9.	هل التأمين المطلوب يتناسب مع الوضع المالي لمقدم الطلب؟ Whether the pension plan proposed is justified with the financial standing of the proposer?	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
10.	ما مصدر الأموال المستخدمة لسداد أقساط هذا التأمين؟ What is the source of funds being used for payment of premiums of this proposal?	
11.	هل تم الوفاء بجميع معايير أعرف عميلك / مكافحة غسيل الأموال لمقدم الطلب؟ Whether all KYC/AML norms are fulfilled for the proposer?	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
12.	هل تم الإعلان عن دولة الإقامة الضريبية؟ Whether country of tax residence declared?	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
13.	هل العميل أو أي من أقربائه المقربين - الوالدين أو الزوجة أو الأبناء أو الأخوة أو الأخوات - يحتفظون بأي سلطو حكومية أو منصب تنظيمي أو سياسي أو سلطة؟ إذا نعم، الرجاء تقديم التفاصيل. Is the client or any of his close relatives – parents, spouse, children, brothers or sisters are holding any Government, Regulatory, Political position or authority? If yes, please give details.	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
14.	ما هي الصلة بين المستفيد الذي تم ذكره من قبل مقدم الطلب ومقدم الطلب وما إذا كانت العلاقة غير الزوج أو الأبناء أو الأبوين، ما هي نية مقدم الطلب بتعيين مستفيد آخر؟ What is relationship of the beneficiary mentioned by the proposal and if the relationship is other than spouse or children or parents, what is intention of the proposer to appoint other beneficiary?	
15.	هل أنت مقتنع بأن مقدم الطلب غير مرتبط بأي أنشطة غير قانونية؟ Are you satisfied that the proposer is not connected with any illegal activities?	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
16.	هل لديك معرفة بأية معلومات غير مرغوب فيها سواء معلومات شخصية أو خاصة بالوضع المالي أو الاجتماعي أو مهنة مقدم الطلب؟ إذا أجبت "نعم" يرجى ذكر التفاصيل Do you have knowledge of any unfavorable information about the character, financial/ social position, and occupation of the Proposer? If "yes" give details	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
17.	هل شرحت بالكامل شروط وأحكام خطة المعاش التقاعدي إلى مقدم الطلب؟ Have you explained fully the terms and conditions of the pension plan to the proposer?	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
18.	هل توصي بقبول العرض؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا

Do you recommend the acceptance of the proposal?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
--	--

أؤكد بموجب ذلك أن إستمارة العرض قد تم تعبئتها وتوقيعها من قبل مقدم الطلب في وجودي بعد مناقشات حول الجوانب ذات الصلة فيما يتعلق به بما في ذلك لوائح مكافحة غسل الأموال وتمويل الإرهاب وقانون مكافحة غسل الأموال وتمويل الإرهاب. أنا راضٍ عن شخصية العميل وأؤكد عدم إشراكه في أي نشاط يعتبر غير قانوني بموجب تشريعات ولوائح مكافحة غسل الأموال والأموال المودعة كوديعة للطلب في خطة التقاعد الأجل المستقبلية الأمانة هي عائدات المعاملات القانونية والمشروعة.

وعلاوة على ذلك، أؤكد أيضاً على أن العميل هو عميل بنكي، وقد تم إجراء العناية الواجبة اللازمة من قبل البنك فيما يتعلق بلوائح مكافحة غسل الأموال وتمويل الإرهاب، قوانين الإمتثال الضريبي الأمريكية، نموذج التصديق الذاتي للعملاء.

أعلن بموجب هذا أن البيانات والمعلومات الواردة في الطلب أعلاه صحيحة وصادقة إلى حد علمي ومعرفتي، ولقد تحققت شخصياً أيضاً من التفاصيل وأؤكد على صحتها.

تم التأكد من تفاصيل نموذج التصديق الذاتي للعملاء المقدم من قبل العميل والتحقق منها من قبلي.

I hereby confirm that proposal form is filled and signed by the proposer in my presence after discussions on relevant aspects concerning the proposal including AML/CFT, FATCA and CRS regulations. I am satisfied with the client's identity and he is not engaged in any activity considered as illegal under anti-money laundering legislations and regulations and the funds deposited as proposal deposit towards the Immediate Future Secure Pension Plan proposal are the proceeds of legal and legitimate transactions.

Further it is also confirmed that the Client being a bank-customer, necessary due diligence has been conducted by the bank with regard to AML/CFT, FATCA, CRS.

I hereby declare that the forgoing statements and information provided in above questionnaire are true and correct to the best of my knowledge and belief. I have also personally verified the particulars and I confirm the same to be correct.

The CRS details provided by the Customer are checked and verified by me.

التاريخ:

Date:

المكان:

Place:

إسم وتوقيع الموظف المعتمد للبنك أو الإستشاري / MDRT/ COT/ TOT / أخرى

Name and Signature of Authorized official of Bank Or Consultant MDRT/ COT/ TOT/ Other

سنوات البقاء: _____

No of years standing: _____

توقيع المدير المقيم

Signature of Resident Manager

يتعين المصادقة على التوقيع في حالة كانت أعمال بنكية

Countersigning required in case of business from Banks

List of the documents attached with proposal Form: (Please tick mark the appropriate box)

	Proposer	Nominee	Appointee
A. Proof of identity			
Photocopy of CPR/Emirate ID/National ID Card (both sides)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Passport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Others	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B. Proofs of Permanent Address and Present Residential Address (please submit proof for permanent address and also for present residential address, if it is different from that of permanent of address)

	Proposer	Nominee	Appointee
Passport with VISA & Permanent Address pages	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Smart card printout of National ID Card	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Latest Electricity Bill or Telephone Bill /Bank Statement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Valid driving license (Bahrain only)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Others (please specify)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C. Source of income declared/submitted for payment of premium

<u>For salaried income:</u> Copy of latest Salary Certificate/ Pay slip or Bank Account Statement	<input type="checkbox"/>
<u>For self-employed/Business Person:</u> Copy of Bank Statement for last 3 months &	<input type="checkbox"/>
Audited financial statement of accounts for last 3 years /CR or Trade License copy	<input type="checkbox"/>
Others (please specify)	<input type="checkbox"/>

Signature of Proposer/life Assured:

فقط For LIC (International) Use Only للإستخدام من قبل شركة التأمين على الحياة (العالمية)

قائمة التحقق الخاصة بخدمة العملاء

CRS Checklist

	نعم Yes	لا No	في حال الإجابة بنعم يرجى الإجابة على ما يلي If Yes, answer the following	نعم Yes	لا * No*
هل العميل غير مقيم؟ Is the Customer Non-Resident?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم الإعلان عن دولة الإقامة الضريبية؟ Country of Tax Resident declared?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* في حال كانت الإجابة "لا" في أي من الأسئلة، يرجى التواصل مع العميل لتقديم المعلومات المطلوبة فيما يتعلق بنظام تسجيل العملاء.

* If the any of the answer is 'No', please contact the customer to provide the required information in respect of CRS.

	الإسم Name	التوقيع Signature	التاريخ Date
NB Underwriting	معد من قبل Processed by		
	الضامن Underwriter		