

نموذج طلب تأمين 360° طبي

1/3

الشركات

(أ) بيانات طالب التأمين

الاسم القانوني: _____
 الاسم التجاري (إذا كان مختلفاً عن المذكور أعلاه): _____
 رقم السجل التجاري: _____ تاريخ انتهاء الصلاحية: ____/____/____
 رقم الرخصة (إن وجد): _____ تاريخ انتهاء الصلاحية: ____/____/____
 رقم شهادة الهيئة العامة للاستثمار (إن وجد): _____ تاريخ انتهاء الصلاحية: ____/____/____
 طبيعة النشاط (حسب مذكر في السجل التجاري): _____
 مصدر الأموال: الرجاء الاختيار: (إيرادات العمليات التجارية، تمويل، الراتب، تبرعات، ميزانية حكومية، أخرى، الرجاء التحديد) _____
 هل لدى الشركة طرف ذو علاقة؟ في حال الإجابة بـ "نعم"، يرجى تقديم طلب للحصول على موافقة إدارة الالتزام الرقابي بالتعاونية.
 عدد الموظفين (حسب التأمينات الإجتماعية): _____ الدخل السنوي: _____
 الفروع (إن وجدت): _____

(ب) تفاصيل الاتصال

رقم الهاتف: _____ رقم الجوال: _____ الفاكس: _____
 البريد الإلكتروني: _____ الموقع الإلكتروني: _____

العنوان الوطني (واصل)

المنطقة: _____ المدينة: _____ الحي: _____ الشارع: _____
 رقم المبنى: _____ رقم الوحدة: _____ الرمز البريدي: _____ الرمز الإضافي: _____

(ج) تفاصيل الحساب البنكي

ملاحظة: سيتم استخدام هذا الحساب البنكي لمدفوعات الأقساط و المطالبات

الاسم	رقم الحساب
اسم البنك	المدينة
رقم الأبيان	

(د) قائمة كبار المساهمين الرئيسيين للشركات المساهمة (5% أو أكثر)

الاسم	الجنسية	نسبة الملكية %

(هـ) أعضاء مجلس الإدارة

الاسم	الجنسية	المنصب

(و) بيانات الأشخاص الذين يمكن الإتصال بهم

معلومات الموظف (1)	معلومات الموظف (2) (إن وجد)
الاسم	
رقم الهوية/الإقامة	
الجنسية	
رقم الجوال	
رقم الهاتف	
البريد الإلكتروني	

(ز) المستندات الداعمة

الرجاء إرفاق المستندات أدناه

- نسخة من السجل التجاري.
- نسخة من شهادة الهيئة العامة للاستثمار (إن وجدت).
- نسخة من رخصة العمل.
- نسخة من الهوية الوطنية/ الإقامة للشخص الذي قام بتوقيع نموذج «أعرف عميلك».
- نسخة من الهوية الوطنية/الإقامة للشخص الذي سوف يتعامل مع التعاونية فيما يتعلق بوثائق التأمين.
- نسخة من خطاب التفويض.
- نسخة من شهادة الأبيان البنكي للشركة.
- نسخة من النظام الأساسي (للمؤسسات أو الهيئات غير الهادفة للربح).
- نسخة من موافقة مجلس الإدارة على التعامل مع التعاونية بشأن وثيقة التأمين ذات الصلة.

(ح) تعريف الطرف ذو العلاقة

1. كبار المساهمين في الشركة.
2. أعضاء مجلس إدارة الشركة أو أي من شركاتها التابعة وأقاربهم.
3. كبار التنفيذيين في الشركة أو أي من شركاتها التابعة وأقاربهم.
4. أعضاء مجلس الإدارة وكبار التنفيذيين لدى كبار المساهمين في الشركة.
5. المنشآت، من غير الشركات، المملوكة لعضو مجلس الإدارة أو أحد كبار التنفيذيين أو أقاربهم.
6. الشركات التي يكون أي من أعضاء مجلس الإدارة أو كبار التنفيذيين أو أقاربهم شريكاً فيها.
7. الشركات التي يكون أي من أعضاء مجلس الإدارة أو كبار التنفيذيين أو أقاربهم عضواً في مجلس إدارتها أو من كبار التنفيذيين فيها.

8. الشركات المساهمة التي يملك فيها أي من أعضاء مجلس الإدارة أو كبار التنفيذيين أو أقاربهم ما نسبته (5%) أو أكثر. مع مراعاة ماورد في الفقرة (د) من هذا التعريف.
9. الشركات التي يكون لأي من أعضاء مجلس الإدارة أو كبار التنفيذيين أو أقاربهم تأثير في قراراتها ولو بإسداء النصح أو التوجيه.
10. أي شخص يكون لنصائحه وتوجيهاته تأثير في قرارات الشركة وأعضاء مجلس إدارتها وكبار تنفيذييها.
11. الشركات القابضة أو التابعة للشركة.
- ويستثنى من الفقرتين (9) و (10) من هذا التعريف النصائح والتوجيهات التي تقدّم بشكل مهني من شخص مرخص له في ذلك.

(ط) الإقرار والإفصاح

- أقر وأوافق أنا الموقع أدناه بالأصالة عن نفسي وبالنيابة عن جميع المطلوب التأمين عليهم (المستفيدين) على ما يلي:
1. أنه على حد علمي واعتقادي، فإن المعلومات المعطاة في هذا البيان، سواءً كانت بخطي أم لا، هي صحيحة وكاملة، وأنني لم أحرف أو أكتم أية حقيقة جوهرية وبناءً على ذلك في حال ظهور حقائق غير مفسح عنها لن يكون هناك أي إلتزام على التعاونية بالعرض المقدم حال تغير أي معلومة من المعلومات الجوهرية المقدمة في أي مرحلة من مراحل إصدار الوثيقة ويعتبر العرض لاغي (الحقيقة الجوهرية هي تلك التي يُحتمل أن تؤثر في قرار التعاونية في قبول أو تقييم طلب التأمين، وإذا كان هناك شك في أن حقيقة ما جوهرية أم لا، فيجب الإفصاح عنها).
 2. أقر بموافقتي على قيام شركة التعاونية للتأمين بالاطلاع على المعلومات الخاصة بمنسوبينا وأية معلومات مرتبطة برقم وزارة الداخلية الخاص بي والموجودة في مركز المعلومات الوطني بوزارة الداخلية والمؤسسة العامة للتأمينات الاجتماعية وأي معلومات مرتبطة لدى أي طبيب أو مستشفى أو مركز طبي والمتعلقة بأي شخص مطلوب التأمين عليه (مستفيد).
 3. أقر بأنني اطلعت على أنظمة ولوائح مجلس الضمان الصحي للوثيقة الموحدة وعليه أتعهد بأن الطلب يشمل جميع الموظفين تحت الكفالة وتواجهم.
 4. أقر بأنني لم أشارك في أي نشاط إجرامي أو غسيل أموال وأن الأقساط المدفوعة من مصدر دخلي المشروع وليست مستمدة من أي أنشطة غير قانونية.
 5. أقر بأن الوثائق المقدمة لتحديد الهوية هي أصلية وجميع التفاصيل المعطاة هي حقيقية وصحيحة. بالإضافة إلى ذلك أعلن أن ليس لدي أي أسماء أخرى أو تفاصيل هوية أخرى، إلا تلك المقدمة أعلاه. وأن المعلومات التي قدمتها في ما يتعلق بتفاصيل هويتي هي حقيقية وصحيحة وإعطاء أي معلومات خاطئة يمكن أن يجعل عقد التأمين باطلاً حسب شركة التأمين المؤمنة والتي تحتفظ لنفسها بالحق في إلغاء هذه الوثيقة والتخلي عن دفع الأقساط في حال تم العثور على تفاصيل الهوية بشكل غير صحيح.

ملاحظة: يجب تقديم خطاب تفويض في حالة لم يذكر اسمك في السجل التجاري

الاسم: _____ الجنسية: _____
رقم الهوية/الإقامة: _____ المنصب: _____

التوقيع: _____ تصديق الغرفة التجارية و الصناعية: _____