



**LIC**  
INTERNATIONAL

شركة التامين على الحياة (العالمية) ش.م.ب (مفضلة)  
Life Insurance Corporation (International) B.S.C.(C)

شركة مسجلة في مملكة البحرين (س.ت. رقم: ٢١٦٠٦) ومرخصة من قبل بنك البحرين المركزي كشركة تأمين على الحياة، برأس مال قدره ٢٠,٠٠٠,٠٠٠ دينار بحريني (شركة تابعة لشركة التأمين على الحياة - الهند).  
A Company incorporated in the Kingdom of Bahrain (C. R. No. 21606) and licensed by the Central Bank of Bahrain as a Life Insurance Company with Paid up Capital of BD 20,000,000 (A Subsidiary of LIC of INDIA)

## إستمارة خطة التقاعد المؤجلة للمستقبل الآمن Proposal for Deferred Future Secure Pension Plan

يرجى كتابة جميع الإجابات بخط عريض وحروف كبيرة

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

Inward No	رقم الإدخال	Date of inward	تاريخ الإدخال
Name of Consultant	اسم الاستشاري	Consultant Code No	رقم رمز الاستشاري
Chief Agent Name and Code No:			اسم الوكيل الرئيسي ورقم الرمز:
عملية إيداع الطلب Proposal Deposit Currency	دينار بحريني / دولار أمريكي / درهم إماراتي / دينار كويتي / ريال عماني / ريال قطري BD/ USD/ AED/ KD/ OR/ QR/ _____	Proposal Deposit Amount	مبلغ إيداع الطلب
Date of Proposal Deposit	تاريخ إيداع الطلب	Proposal Number	رقم الطلب

### الجزء A : البيانات الشخصية لمقدم طلب شراء المعاش التقاعدي Part A: Personal Details of Person proposing to purchase the Annuity (يرجى ذكر التفاصيل حسب الأسئلة المذكورة أدناه) (Please provide details as per questions mentioned therein)

1.	Full Name: Mr. Mrs. Ms. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	الاسم بالكامل: سيد السيدة الأنسة <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.	Gender : Male / Female أنثى / ذكر	النوع: ذكر / أنثى
3.	Age at last birthday : _____ Years	تاريخ الميلاد: Date of Birth: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
4.	Place of Birth:	إثبات السن: Age proof:
5.	Address for Communication (Kindly provide proper address proof for this): عنوان الاتصال (يرجى تقديم دليل مناسب للعنوان):	بلد الميلاد: Country of Birth:
6.	Contact Phone numbers at present place of residence : ISD Code / ISD / كود Office / المكتب Residence / الإقامة Mobile / الجوال	العنوان الدائم في الدولة الأم: Permanent Address in Home Country:
7.	Email ids:	أرقام الهاتف في البلد الأم : Contact Phone numbers in Home Country : ISD Code / ISD / كود Residence / الإقامة Mobile / الجوال
8.	Marital Status:- Single / Married	البريد الإلكتروني: الحالة الاجتماعية: - أعزب / متزوج
9.	Father's full Name (Surname first): -	أسم الأب بالكامل (اللقب أولاً): -
10.	Nationality/ Citizenship/s:	رقم البطاقة التعريفية / بطاقة الإقامة / بطاقة المواطنة: CPR/Resident/Citizenship Card No.:
11.	Passport Number: Date of Expiry:	رقم جواز السفر: تاريخ الإنتهاء: Date of Expiry:
12.	Educational Qualifications: -	مصدر / مصادر الدخل: Source/s of Income:
13.	Monthly Income from all Sources:	الدخل الشهري من كافة المصادر: الدخل الشهري من كافة المصادر:
14.	Occupation/Profession:	اسم وعنوان صاحب العمل: Name and address of Employer:

توقيع: ..... Signature: .....

15.	سعر الشراء بالدولار الأمريكي: Purchase Price in USD:	فترة التأجيل Deferment Period	طريقة دفع المعاش التقاعدي: Mode of Annuity:						
		سنة Years	سنوي Yly	نصف سنوي Hly	ربع سنوي Qly	شهري Mly			
16.	يرجى تحديد أي من خيارات الخطة التقاعدية التالية المتاحة وضع علامة (✓) أمام الخيار المحدد: Please select any of the following available Pension Options and tick (✓) against the option selected:								
	الخيار ١ Option 1: Deferred Annuity for Single Life with return of Purchase Price	التقاعد المؤجل للحياة الواحدة مع إرجاع سعر الشراء							
	الخيار ٢ Option 2: Deferred Annuity for Joint Life with return of Purchase Price	التقاعد المؤجل للحياة المشتركة مع إرجاع سعر الشراء							
17.	Source of Funds for paying above premium for pension plan:		مصدر الأموال لدفع الأقساط المذكورة أعلاه لخطة التقاعد						
18.	هل تشغل أي سلطة حكومية فخرية أو تنظيمية أو تشريعية؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا Are you holding any honorary or regulatory or legislative government authority? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No								
19.	هل أي من أقربائك المقربين - الوالدين أو الزوج / الزوجة / الأبناء / الإخوة / الأخوات - يشغل أي سلطة أو منصب حكومي فكري أو تنظيمي أو تشريعي؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا Any of your close relatives - parents / spouse / children / brothers / 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 ٢٠ إلى ٢٨ في حالة اختيار الخيار ٢ (الحياة المشتركة) (Answers to Q. Nos. 20 to 28 are mandatory in case of Option 2 (Joint life))									
20.	Name of Spouse:		إسم الزوج / الزوجة						
21.	Date of Birth of Spouse: تاريخ الميلاد الزوج أو الزوجة:	ي	ي	ش	ش	س	س	س	س
		D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
22.	Age of Spouse at last Birthday : سن الزوج / الزوجة في آخر عيد الميلاد: _____ سنة _____ شهر	Age proof:				إثبات السن:			
23.	Place of Birth of Spouse: محل ميلاد الزوج / الزوجة:	Country of Birth of Spouse:				بلد ميلاد الزوج / الزوجة:			
24.	Address for Communication of Spouse (Kindly provide proper address proof for this):		عنوان التواصل مع الزوج / الزوجة (يرجى تقديم الدليل المناسب على العنوان):						
25.	Email ID of Spouse:		البريد الإلكتروني للزوج / الزوجة:						
26.	Contact Phone numbers of Spouse at present place of residence ISD Code / ISD : الرمز Office : المكتب / Mobile : الجوال /		Contact Phone numbers of Spouse in Home Country ISD Code / ISD : الرمز Mobile : الجوال						
27.	Nationality/ Citizenship/s of Spouse:		جنسية / مواطنة الزوج / الزوجة:						
28.	Passport No. of Spouse : (Please provide copy) Date of Expiry :	رقم جواز سفر الزوج / الزوجة : (يرجى توفير نسخة منه) تاريخ الانتهاء:	CPR/Resident/Citizenship Card No.of Spouse: (Please provide copy) رقم البطاقة التعريفية / بطاقة الإقامة / بطاقة مواطنة الزوج / الزوجة (يرجى توفير نسخة من البطاقة) تاريخ الانتهاء:						

29. يرجى تقديم المبلغ الإجمالي للقسط السنوي الذي تدفعه بموجب البوليصة الحالية المأخوذة من الشركة: \_\_\_\_\_  
Please provide total amount of premium per annum being paid by you under existing policies taken from the Company: \_\_\_\_\_.

30. تفاصيل الحساب المصرفي لإدخال دفعات المعاش التقاعدي مباشرة إلى الحساب المصرفي:  
Bank Account Details for crediting pension payments directly to bank account:

Name of Bank	اسم البنك								
Bank Account Number	رقم الحساب البنكي								
Branch	الفرع								
IFS Code	كود IFS								

توقيع: ..... Signature: .....

31. تفاصيل المرشح / المستفيد: أقوم أنا بموجب هذه البوليصة بتعيين الشخص التالي كمرشح / مستفيد بموجب هذه البوليصة والذي سيتم دفع أموال البوليصة إليه في حالة وفاة صاحب المعاش التقاعدي.

31. 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	تفاصيل المرشح / المستفيد Details of Nominee/Beneficiary	تفاصيل الوصي في حالة Nominee/Beneficiary is minor المرشح / المستفيد قاصراً
Name and Present Address	الاسم والعنوان الحالي:		
Age	السن		
Relation to Life Assured	صلته بالمؤمن على حياته		
Passport Number/ Date of Expiry (Please provide copy)	رقم جواز السفر / تاريخ الانتهاء (يرجى تقديم نسخة)		
CPR/Resident Card/ Citizen Card/ Resident Id and Expiry Date (Please provide copy)	البطاقة التعريفية / بطاقة الإقامة / بطاقة المواطنة / بطاقة هوية المقيم وتاريخ الانتهاء (يرجى تقديم نسخة)		
Permanent Address in Home Country	العنوان الدائم في البلد الأم		
Telephone/Mobile no.	أرقام الهاتف / الجوال		

32.	ما هي حالتك الصحية المعتادة (لصاحب التقاعد)؟ What has been your usual state of health (for Annuitant)?	
33.	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  
Signature of Proposer \_\_\_\_\_

توقيع الوصي (إذا كان ينطبق)  
Signature of Appointee (If applicable) \_\_\_\_\_

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

رقم العميل* Customer Number*																			

\* To be filled in by LIC (International).  
Please provide details as given under:

\* يتم ملء هذا الجزء من قبل شركة التأمين على الحياة (العالمية).  
يرجى تقديم التفاصيل على النحو الوارد أدناه:

Full Name	الإسم بالكامل	تاريخ الميلاد (اليوم / الشهر / السنة) Date of Birth (DD/MM/YYYY)	
Place of Birth	محل الميلاد	Country	Nationality
	البلدة أو المدينة	البلد	الجنسية

Present Country of Residence	بلد الإقامة الحالي

هل أنت مقيم يخضع للضرائب في أي بلد بخلاف بلد الإقامة الحالي المذكور أعلاه? Are you a tax resident in any country other than the present country of residence mentioned above?	لا Yes	نعم No
--	-----------	-----------

(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>)  
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-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.

إذا كان الجواب نعم، يرجى ملء الجدول التالي مع الإشارة إلى:

- حيث يُعد صاحب الحساب مقيم يخضع للضرائب و
- رقم تعريف الضريبة «TIN» (الخاص بحامل الحساب، على سبيل المثال PAN) لكل بلد / ولاية قضائية محددة.

توقيع: Signature: .....

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

في حالة عدم توفر رقم تعريف ضريبي، يرجى تقديم السبب المناسب **A** أو **B** أو **C** حيثما يرد أدناه:

<b>Reason A</b>	الدولة / الولاية القضائية التي يقيم فيها صاحب الحساب لا تصدر بطاقة تعريف ضريبية شخصية للمقيمين فيها The country/jurisdiction where the Account Holder is resident does not issue TINs to its residents	<b>السبب A</b>
<b>Reason B</b>	صاحب الحساب غير قادر على الحصول على رقم تعريف ضريبي أو ما يعادله (يرجى توضيح ذلك) The Account Holder is otherwise unable to obtain a TIN or equivalent number (Please explain)	<b>السبب B</b>
<b>Reason C</b>	لا يوجد رقم تعريف ضريبي TIN مطلوب. (ملاحظة: حدد فقط هذا السبب إذا كان القانون المحلي للولاية القضائية ذات الصلة لا يتطلب تحصيل رقم الضريبة المستقطعة (TIN) الصادر عن هذه الولاية القضائية) 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)	<b>السبب C</b>

بلد / ولاية الإقامة الضريبية Country/Jurisdiction of tax residence	رقم التعريف الضريبي أو ما يعادله TIN or equivalent	إذا لم يكن هناك رمز TIN، فأحرص على تحديد السبب If no TIN available tick the Reason			يرجى توضيح ذلك في المربعات التالية لسبب عدم تمكنك من الحصول على رقم تعريف ضريبي إذا اخترت السبب <b>B</b> أعلاه. Please explain in the following boxes why you are unable to obtain a TIN if you selected Reason <b>B</b> above
		A	B	C	
1					
2					
3					
4					

#### Declarations and Signature:

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.

#### الإقرارات والتوقيع:

أؤكد بموجب هذا أن المعلومات المقدمة أعلاه صحيحة ودقيقة وكاملة.

وفقاً للقوانين المحلية المعمول بها، أوافق بموجب ذلك على شركة التأمين على الحياة (العالمية) ش.م.ب. (مقفلة) أو أي من الشركات التابعة لها (بما في ذلك الفروع) (بشكل جماعي «الشركة») لمشاركة معلوماتي مع الهيئات التنظيمية المحلية أو الخارجية أو السلطات الضريبية عند الضرورة لتحديد التزامنا الضريبي في أي ولاية قضائية. أوافق وأتعهد بإخطار الشركة في غضون ٣٠ يوماً تقويمياً إذا كان هناك تغيير في أي معلومات قدمتها للشركة.

Name	الاسم	Signature	التوقيع	Date	التاريخ

## Part C: Declaration

## الجزء C: الإقرار

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.

١. 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.

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.

٢. خطة المعاش التقاعدي المقترح هو حسب متطلباتي واحتياجاتي. لقد فهمت بالكامل شروط وأحكام الخطة المقترحة والخيار الذي اخترته من قبلي ومزايا الاستحقاق والوفاء المتاحة، إن وجدت، في إطار الخيار المحدد.

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.

٣. 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 التقاعد الأجلة. أي إغفال أو تقصير من جانبي للقيام بذلك يجعل هذا الضمان باطلاً ويحق للشركة مصادرة جميع الأموال التي قد تم دفعها فيما يتعلق بها.

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.

٤. 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.

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.

٥. أُؤكّد بموجب ذلك أن نموذج الطلب هذا قد تمّ تعيّنّه وتوقيعه بعد فهم كامل للأحكام ذات الصلة من تشريعات ولوائح مكافحة غسيل الأموال / متطلبات اعرف عميلك (KYC) والالتزام بها.

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.

٦. أُقرّ أيضاً أنني لا أمارس أي نشاط يمكن اعتباره غير قانوني بموجب تشريعات مكافحة غسل الأموال وأن الأموال المودعة من قبلي في الحصول على التقاعد الآجل / عرض التأمين على الحياة هي عائدات المعاملات القانونية والمشروعة. كما أخول 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.

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.

٧. أفوض للشركة بإرسال المراسلات عبر البريد الإلكتروني / الرسائل النصية القصيرة إلى بريدي الإلكتروني أو أرقام الهواتف المحمولة المذكورة في هذه الاستمارة وسيتم إبلاغ الشركة بأي تغييرات لاحقة في البريد الإلكتروني أو أرقام الهواتف المحمولة.

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.\*

٨. وأقرّ 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 الامتثال الضريبي.\*

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

٩. لقد شرّح لي مزايا المعاش التقاعدي والخيار الذي تم اختياره لزوجتي / زوجي والمستفيد حسب مقتضى الحال.

Date: \_\_\_\_\_

التاريخ: \_\_\_\_\_

Place: \_\_\_\_\_

المكان: \_\_\_\_\_

توقيع الشاهد:

Signature of Witness: \_\_\_\_\_

توقيع مقدم الطلب:

Signature of Proposer: \_\_\_\_\_

اسم الشاهد:

Name of Witness: \_\_\_\_\_

اسم مقدم الطلب:

Name of Proposer: \_\_\_\_\_

عنوان الشاهد:

Address of Witness: \_\_\_\_\_

\*strike off if not applicable

× الإلغاء إذا كان لا ينطبق

Specimen Signatures of Proposer:

نموذج توقيعات مقدم الطلب:

--	--

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

If the 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.

### خطاب تفويض لتسليم مستندات وثيقة التأمين

## AUTHORISATION LETTER FOR HANDING OVER POLICY DOCUMENT

أفوض بموجب هذا \_\_\_\_\_ (اسم الاستشاري) لاستلام 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

## Part D: Consultants' Confidential Report

## الجزء D: التقرير الاستشاري السري

Name of Proposer: \_\_\_\_\_ اسم مقدم الطلب:

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

أؤكد بموجب ذلك أن استمارة 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 راض عن شخصية العميل وأؤكد عدم اشتراكه في أي نشاط يعتبر غير قانوني بموجب تشريعات ولوائح مكافحة غسل الأموال والأموال المودعة كوديعة للطلب في خطة التقاعد المؤجلة للمستقبل الآمن 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 الامتثال 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.

Date:

Place:

MDRT/ COT/ TOT/ Other

التاريخ:

المكان:

أخرى /MDRT/ COT/ TOT

Name and Signature of Authorized official of Bank or Consultant

اسم وتوقيع الموظف المعتمد للبنك أو الاستشاري

توقيع المدير المقيم  
Signature of Resident Manager

يتعين المصادقة على التوقيع في حالة كانت أعمال بنكية  
Countersigning required in case of business from banks

No. of years standing:

سنوات البقاء:

مخصص فقط لشركة التأمين على الحياة (العالمية)  
For LIC (International) Use Only

CRS Checklist

قائمة التحقق الخاصة بخدمة العملاء

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

\*في حالة كانت الإجابة "لا"، يرجى التواصل مع العميل للحصول على المعلومات اللازمة.

\*If the answer is 'No', please contact the customer to provide the required information.

	Name الاسم	Signature التوقيع	Date التاريخ
التسويق Marketing	الفرد المتخصص / استشاري Designated Individual/ Consultant		
	مفوض رسمي من بنك / سمسار Authorized official of Bank/Broker		
	المدير المقيم Resident Manager		
اكتتاب أعمال جديدة NB Underwriting	معد من قبل Processed by		
	المُكتتب Underwriter		

