



L I C
INTERNATIONAL

شركة التامين على الحياة (العالمية) ش.م.ب (مقفلة)
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)

استمارة خطة المعاش الآجل المستقبلية الآمنة Proposal for Immediate Future Secure Pension Plan

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

البيانات A: الشخصية لمقدم طلب شراء خطة المعاش الآجل

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.	Full Name: <input type="checkbox"/> Mr. <input type="checkbox"/> Mrs. <input type="checkbox"/> Ms. <input type="checkbox"/>	الاسم بالكامل: <input type="checkbox"/> سيد <input type="checkbox"/> شركة <input type="checkbox"/> السيدة																				
2.	Gender : Male / Female أنثى / ذكر النوع:	تاريخ الميلاد: Date of Birth: <table border="1"> <tr> <td>س</td><td>س</td><td>س</td><td>س</td><td>س</td><td>س</td><td>س</td><td>س</td><td>س</td><td>س</td> </tr> <tr> <td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td><td>M</td><td>M</td><td>D</td><td>D</td> </tr> </table>	س	س	س	س	س	س	س	س	س	س	Y	Y	Y	Y	Y	Y	M	M	D	D
س	س	س	س	س	س	س	س	س	س													
Y	Y	Y	Y	Y	Y	M	M	D	D													
3.	Age : _____ Years _____ Months السن: _____ عام _____ شهر.	إثبات السن: Age proof:																				
4.	Place of Birth: محل الميلاد:	بلد الميلاد: Country of Birth:																				
5.	Address for Communication (Kindly provide proper address proof for this): عنوان الاتصال (يرجى تقديم دليل مناسب للعنوان):	العنوان الدائم في الدولة الأم: Permanent Address in Home Country:																				
6.	Contact Phone numbers at present place of residence : ISD Code / ISD / كود / المكتب / Office / الإقامة / Residence / الجوال / Mobile	أرقام الهاتف في البلد الأم Contact Phone numbers in Home Country : ISD Code / ISD / كود / الإقامة / Residence / الجوال / Mobile																				
7.	Email id:	البريد الإلكتروني:																				
8.	Father's Full Name (Surname first):	اسم الأب بالكامل (اللقب أولاً):																				
9.	Nationality/ Citizenship/s: الجنسية / المواطنة:																					
10.	Passport Number: رقم جواز السفر: Date of Expiry: تاريخ الانتهاء:	رقم البطاقة التعريفية / بطاقة الإقامة / بطاقة المواطنة: CPR/Resident/Citizenship Card No.: تاريخ الانتهاء: Date of Expiry:																				
11.	Educational Qualifications: المؤهلات الدراسية:	مصدر / مصادر الدخل: Source/s of Income:																				
12.	Monthly Income from all Sources: الدخل الشهري من كافة المصادر:																					
13.	Occupation/Profession: الوظيفة / المهنة:	اسم وعنوان صاحب العمل: Name and address of Employer:																				
14.	Mode of Annuity Instalment: سني Yly / نصف سنوي Hly / ربع سنوي Qly / شهري Mly	نظام القسط السنوي: سعر الشراء بالدولار الأمريكي: Purchase Price in USD:																				

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 المعاشات التقاعدية. أي إغفال أو تقصير من جانبي للقيام بذلك يجعل هذا الضمان باطلا 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. أؤكد بموجب ذلك أن نموذج الطلب هذا قد تم تعينته 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.

. أقرُ أيضا 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 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 معرفات 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. وأقر أيضا 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 قمت بشرح استحقاق المعاش / المعاش السنوي والخيار الذي تم اختياره لزوجتي / زوجي والمستفيد حسب مقتضى الحال.

التاريخ:					
المكان:					
		توقيع مقدم الطلب:		توقيع الشاهد	
		Signature of Proposer		Signature of Witness	
	اسم الشاهد:	_____	اسم الشاهد:	_____	Name of Witness:
	عنوان الشاهد:	_____	عنوان الشاهد:	_____	Address of Witness:
	اسم مقدم الطلب:	_____	اسم مقدم الطلب:	_____	Name of Proposer:

× الإلغاء إذا كان لا ينطبق

نموذج 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 الاستمارة، فإنه يتعين عليه / عليها الإقرار بخط يدهم فوق التوقيع بأنه قد تم شرح جميع الأسئلة وأن الإجابات 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 subse-quent to the acceptance of risk under the subject proposal.

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

السبب A	الدولة / الولاية القضائية التي يقيم فيها صاحب الحساب لا تصدر بطاقة تعريف ضريبية شخصية للمقيمين فيها <p>The country/jurisdiction where the Account Holder is resident does not issue TINs to its residents</p>
السبب B	صاحب الحساب غير قادر على الحصول على رقم تعريف ضريبي أو ما يعادله (يرجى توضيح ذلك) <p>The Account Holder is otherwise unable to obtain a TIN or equivalent number (Please explain)</p>
السبب C	لا يوجد رقم تعريف ضريبي TIN مطلوب. <p>(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) <p>No TIN is required.</p> <p>(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)</p></p>

	يرجى توضيح ذلك في المربعات التالية لسبب عدم تمكنك من الحصول على رقم تعريف ضريبي إذا اخترت السبب B أعلاه. <p>Please explain in the following boxes why you are unable to obtain a TIN if you selected Reason B above</p>	ذا لم يكن هناك رمز TIN، فأحرص على تحديد السبب			
		If no TIN available tick the Reason	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.

التاريخ	Date	التوقيع	Signature	الاسم	Name

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 التقاعد / المعاش المقترحة هي حسب متطلباتي واحتياجاتي. لقد فهمت بالكامل شروط وأحكام الخطة المقترحة والخيار الذي اخترته من قبل 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.

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 وأنت 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? طلب 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 انت 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.	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. 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 Yes <input type="checkbox"/> لا No
13.	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?	
14.	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 Yes <input type="checkbox"/> لا No
15.	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, occupation of the Proposer? If “Yes”, give details.	<input type="checkbox"/> نعم Yes <input type="checkbox"/> لا No
16.	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 Yes <input type="checkbox"/> لا No
17.	هل توصي بقبول العرض؟ Do you recommend the acceptance of the proposal?	<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 الآمنة 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.

التاريخ:

المكان:

Date:

Place:

MDRT/ COT/ TOT/ Other

Name and Signature of Authorized official of Bank or Consultant

اسم وتوقيع الموظف المعتمد للبنك أو الاستشاري /MDRT/ COT/ TOT أخرى

توقيع المدير المقيم

Signature of Resident Manager

يتعين المصادقة على التوقيع في حالة كانت أعمال بنكية

Countersigning required in case of business from banks

سنوات البقاء: _____ No. of years standing: _____

مخصص فقط لشركة التأمين على الحياة (العالمية)

For LIC (International) Use Only

CRS Checklist

قائمة التحقق الخاصة بخدمة العملاء

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

× في حال كانت الإجابة «لا»، يرجى التواصل مع العميل لتقديم المعلومات المطلوبة فيما يتعلق بنظام تسجيل العملاء.

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

التاريخ Date	التوقيع Signature	الاسم Name
		المدير المقيم Resident Manager
		معد من قبل Processed by
		المكتتب Underwriter

