

مسئول تطوير الأعمال:	التاريخ:
رقم الملف:	رقم العميل:

التمويل المطلوب	
قيمة التمويل:	مدة السداد:
نوع العائد	<input type="radio"/> ثابت <input type="radio"/> متغير
طريقة السداد	<input type="radio"/> قسط ثابت <input type="radio"/> قسط متصاعد <input type="radio"/> قسط متناقص <input type="radio"/> قسط شهري ثابت ودفعات سنوية <input type="radio"/> اخري
نوع التمويل المطلوب	<input type="radio"/> شراء <input type="radio"/> اجارة <input type="radio"/> مشاركة <input type="radio"/> مرابحة

البيانات الشخصية	
الاسم:	
تاريخ الميلاد:/...../.....	
الجنسية:	
اثبات الشخصية	<input type="radio"/> رقم قومي <input type="radio"/> جواز سفر
رقم اثبات الشخصية	
تاريخ الاصدار	تاريخ الإنتهاء:
الحالة الاجتماعية	<input type="radio"/> اعزب <input type="radio"/> متزوج <input type="radio"/> مطلق <input type="radio"/> ارمل
المستوى التعليمي	<input type="radio"/> متوسط أو أقل <input type="radio"/> فوق متوسط <input type="radio"/> جامعي <input type="radio"/> دراسات عليا
رقم الموبايل	
البريد الالكتروني	
اسم الزوج / الزوجة	عدد المعالين:
جهة عمل الزوج/ الزوجة	
النوادي المشترك بها	

بيانات السكن	
نوع السكن	<input type="radio"/> تملك <input type="radio"/> إيجار قديم <input type="radio"/> إيجار جديد <input type="radio"/> مع الاسرة
رقم الوحدة	رقم العقار:
الشارع	الدور:
الحي / المنطقة	المحافظة:
مدة الإقامة بالسكن الحالي	تليفون المنزل:

بيانات السكن السابق في حالة مدة الإقامة في السكن الحالي أقل من سنة	
نوع السكن	<input type="radio"/> تملك <input type="radio"/> إيجار قديم <input type="radio"/> إيجار جديد <input type="radio"/> مع الاسرة
العنوان	

بيانات العمل ونوع المنشأة	
<input type="radio"/> موظف: <input type="radio"/> قطاع عام/حكومي <input type="radio"/> قطاع خاص <input type="radio"/> متعددة الجنسيات	
اسم جهة العمل	
عنوان جهة العمل	
تليفون العمل	
تاريخ الالتحاق بالعمل	
المسمى الوظيفي	
صافي الدخل الشهري	
هل الراتب محول على بنك	<input type="radio"/> نعم <input type="radio"/> لا
جهات العمل السابقة	في حالة نعم، اذكر اسم البنك
المسمى الوظيفي السابق	
عدد سنوات الخبرة	

أصحاب أعمال:	
<input type="radio"/> شركة فردية <input type="radio"/> شركات أشخاص <input type="radio"/> شركات أموال	
اسم الشركة	
عنوان الشركة	
تليفون الشركة	
تاريخ بداية النشاط	
المسمى الوظيفي	
نسبة المساهمة	صافي الدخل الشهري/ السنوي للعميل:
عدد سنوات الخبرة	

مهن حرة	
اسم المهنة	
عنوان مزاوله المهنة	
تليفون العمل	
تاريخ بداية مزاوله المهنة	
صافي الدخل الشهري/ السنوي	
عدد سنوات الخبرة	

بيانات مصادر دخل اخرى	
<input type="radio"/> راتب <input type="radio"/> أعمال حرة <input type="radio"/> أوعية ادخارية <input type="radio"/> ايجارات اخرى:	نوع مصدر الدخل قيمة الدخل (كلأ على حدى)

بيانات الوحدة المطلوب تمويلها		
اسم الشركة (الجهة المالكة المشروع)	اسم الشارع/ المشروع	
المحافظة:	الحي/ المنطقة	
الدور:	رقم العقار:	رقم الوحدة
<input type="radio"/> شقة <input type="radio"/> دوبلكس <input type="radio"/> فيلا <input type="radio"/> توين هاوس <input type="radio"/> تاون هاوس اخرى	نوع الوحدة	
<input type="radio"/> سكني <input type="radio"/> تجاري <input type="radio"/> اداري <input type="radio"/> منشأة خدمية	ترخيص	
اسم المالك (البائع)		
رقم تليفون المالك/ شخص يمكن التواصل معه للتقييم		
حالة التشطيب:	مساحة الوحدة	
المقدم المدفوع:	سعر الوحدة	
المتبقي من سعر الوحدة		

بيان الاصول / الممتلكات		
سيارات	<input type="radio"/> نعم	<input type="radio"/> لا
عقارات	<input type="radio"/> نعم	<input type="radio"/> لا

المعاملات المالية / التسهيلات الائتمانية					
رقم	اسم جهة التعامل	نوع التسهيل	قيمة/ حد التسهيل	القسط الشهري	تاريخ المنح
1					
2					
3					
4					
5					

اشخاص يمكن الرجوع اليهم		
الشخص الثاني	الشخص الأول	الاسم
		الصفة أو العلاقة
		اسم جهة العمل
		الوظيفة
		رقم المحمول

عنوان المراسلات (لإرسال الاخطارات بالطرق التالية: عنوان المراسلات – البريد الالكتروني – رسائل نصية)	
	عنوان المراسلات

تفويض وإقرار

افوض انا / ----- بصفتي ----- شركة بداية للتمويل العقاري في الاستعلام عنى من البنك المركزي المصري و كافة البنوك العاملة بجمهورية مصر العربية و لدى شركات الاستعلام الائتماني (I-Score) أو تفويض الغير لاجراء عمليات الاستعلام و في ضوء تعليمات البنك المركزي المصري والقوانين المعمول بها اننى أقبل اجراء الاستعلام عنى من جانب موظفى جهة الاستعلام الائتماني في محل اقامتى أو جهة عملى أو البنوك المتعامل معها أو أى جهات اخرى و تبادل المعلومات معها دون اعتراض منى و يحق لهم استكمال إجراءات التمويل او الرفض بعد اجراء الاستعلام دون ابداء الاسباب و اننى اقر بالاتي:

- لم يتم اتخاذ أى اجراءات قانونية ضدي او ضد أى من الشركات التابعة لي من قبل البنوك العاملة بجمهورية مصر العربية أو الغير.
- لم يتم اشهار افلاسى أو افلاس أى من الشركات التابعة لي.
- لم يتم اجراء تسوية أو جدولة مديونية معي أو مع أى من الشركات التابعة لي من قبل أحد البنوك أو الغير.
- الشركات التي أساهم فيها أو مسنولا عن ادارتها:

بنوك التعامل	العنوان	اسم الشركة	مسلسل

كما اقر باننى اوافق على قيامكم باجراء الاستعلامات اللازمة عن الاطراف ذات العلاقة واننى على استعداد تام لتقديم كافة السجلات التجارية والمستندات للاطراف ذات العلاقة المذكورة بهذا التفويض.

هذا و اقر بموجب توقيعى على هذا الاقرار والتفويض بان كافة البيانات الواردة بهما والصادرة منى صحيحة ومطابقة للواقع وأتعهد بموافاة الشركة باية تغييرات قد تطرأ عليها مستقبلا، وإن اتضح للشركة فى أى وقت عدم سلامة أى من تلك البيانات أو صحتها يحق لها مطالبتى فورا بسداد الدين دون انتظار لاجال السداد المحددة بالعقود المبرمة معها واتخاذ كافة الاجراءات لحفظ حقوقها.

كما اتعهد بالتزامى بابلاغ شركتكم الموقرة فور تغير أى من البيانات المذكورة دون أى تأخير.

التوقيع

اقرارات

اقر انا الموقع ادناه بالاتي:

- انه لم يصدر ضدي أى احكام من أى نوع سواء كانت مخالفات أو جنح أو جنايات وانا على استعداد لتقديم ما يفيد ذلك في حال طلبه منى، كما اقر انه في حالة صدور أى احكام من أى نوع خلال فترة التمويل يحق للشركة ان تقوم بالإجراءات اللازمة لاستيلاء حقوقها المالية كاملاً واتخاذ كافة الاجراءات القانونية.
- انه في حالة وجود أى اختلاف في بياناتى المدونة في طلب التمويل مع نتائج الاستعلام التى تتم بمعرفة الشركة يعتبر طلب التمويل لاغيا من تلقاء نفسه دون الحاجة الى ذكر الاسباب ولا يحق لى مطالبة الشركة برد أى مبالغ سبق سدادها.
- ان جميع الشروط والمعلومات والاجراءات قد تم شرحها لى بطريقة واضحة وكاملة من قبل مسنول التمويل بالشركة، كما اننى سألتزم التزاما تاما بها ويظل هذا الالتزام مستمرا طالما وجدت للشركة اية مستحقات او مطالبات لى.
- اقر بحق الشركة فى طلب أى ضمانات اضافية للموافقة على التمويل وأقر باخطار الشركة باية تغييرات قد تطرأ على البيانات الواردة بهذا الطلب، ويعتبر توقيعى على هذا الاقرار بمثابة موافقة كتابية على ما جاء به واتحمل كافة المسؤولية المدنية والجنائية في حالة الاخلال بهذا الاقرار.
- بتحديث بيانات الإقامة والعمل والدخل، وموافاة الشركة بالمستندات المؤيدة لذلك عند طلب الشركة لذلك.
- باننى المستفيد الحقيقي من التمويل وفى حالة كوني لست المستفيد الحقيقي من التمويل اتعهد بالافصاح عن المستفيد الحقيقي (ان وجد)

التاريخ: ----- / ----- / -----

التوقيع



استبيان الحالة الصحية

		الاسم
		تاريخ الميلاد
		الوظيفة
مبلغ القرض	مدة القرض	رقم التليفون

برجاء اجابة جميع الاسئلة المذكورة بهذا الإقرار.
لا يعتد بهذا الإقرار ما لم يكن موقعا من قبل المؤمن عليه ومختوما من الشركة ولا يعتد به في حال عدم اجابة أيأ من الاسئلة المذكورة فيما يلي.
جميع البيانات والمعلومات المقدمة من حضراتكم بهذا الإقرار تخضع للسرية التامة ولا يتم مداولتها ولا نسخها.

في حال الإجابة بـ "نعم" برجاء توضيح التفاصيل في نهاية الاستبيان

الطول	الوزن
-------	-------

هل تتناول أي نوع من الكحوليات؟	النوع:	الكمية:	نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>
هل تدخن؟	النوع:	الكمية:	نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>

هل تتناول أي دواء بصورة منتظمة؟ هل استشرت طبيب أو قمت بأى اجراء طبي أو عملية جراحية في خلال العشر سنوات الماضية؟ هل تنتظر نتائج أى تحاليل أو اشعات أو أى اجراءات تشخيصية أو علاجية في الوقت الحالى؟	نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>
---	------------------------------	-----------------------------

هل عانيت أو تعاني من أي من :	نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>
١ أمراض القلب، ارتفاع ضغط الدم، الذبحة الصدرية، الحمى الروماتيزمية، أمراض شرايين القلب، أية أمراض بصمامات القلب؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
٢ مرض السكر، أمراض الغدد، الغدة الدرقية، الغدد الليمفاوية؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
٣ أمراض الكبد والكلى، فيروس سي/فيروس بى، تضخم الكبد؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
٤ أمراض جهاز المناعة ك الروماتيزم، الذئبة الحمراء، تصلب المتعدد أو أيأ من أمراض الدم ك أنيميا الخلايا المنجلية؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
٥ مرض نقص المناعة المكتسبة (الايدز - HIV) ؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
٦ أمراض الجهاز التنفسي، أمراض الجهاز الهضمي، أمراض الجهاز العصبي ك الأكتئاب، الصرع، الشلل؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
٧ أية أمراض لم يتم السؤال عنها بالاسئلة السابقة؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
٨ هل تمارس أية هويات أو رياضات خطيرة؟ هل تمارس الغطس؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
٩ هل تنوى السفر لمدة تزيد عن أربعة عشر يوما؟ إذا كانت الإجابة نعم، برجاء ذكر الدولة؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
١٠ هل تتضمن مهام وظيفتك اليومية النزول الى مواقع العمل أو العمل على ارتفاعات أو تحت الأرض أو استخدام أدوات اللحام أو المتفجرات؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
١١ هل لديك وثائق تأمين أو طلبات تأمين أخرى تجرى دراستها حاليا أو تم رفض أي طلبات تأمين لك بالماضي / أو تم قبولها بتسعيرة اعلی؟ برجاء ذكر مبالغ التأمين و بيانات الوثائق بالجدول ادناه	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

سؤال رقم	التفاصيل

أقر بان المعلومات المذكورة بهذا الأقرار وجميع الإقرارات هي كاملة وصحيحة، وأنى لم أخفي أية معلومات قد تؤثر على قبول التأمين المزمع اصداره، كما أقر بأن جميع الإجابات المكتوبة صحيحة بما في ذلك التي لم تكتب بخط يدي. كما أفهم وأقر أنه يجب على أخطار شركة ثروة لتأمينات الحياة بأية تغيرات قد طرأت على حالتي الصحية.

في حال طلب كشف طبي، برجاء توضيح المنطقة المراد الكشف بها واليوم المناسب للكشف :

الاسم	التوقيع	التاريخ	ختم الجهة مانحة القرض