

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

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

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

بيانات السكن السابق في حالة مدة الاقامة في السكن الحالي اقل من سنة			
نوع السكن <input type="radio"/> تمليك <input type="radio"/> إيجار قديم <input type="radio"/> إيجار جديد <input type="radio"/> مع الاسرة <input type="radio"/>			
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
في حالة نعم، اذكر اسم البنك	
جهات العمل السابقة	
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 اخري	
<input type="radio"/> راتب <input type="radio"/> أعمال حرة <input type="radio"/> أوعية ادخارية <input type="radio"/> ايجارات اخرى:	نوع مصدر الدخل
	قيمة الدخل (كلاً على حدى)

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

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		
الاسم	الشخص الأول	الشخص الثاني
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 المركزى المصرى 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 المركزى المصرى و القوانين 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 بالآتى:

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

مسلسل	اسم الشركة	العنوان	بنوك التعامل

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 و التفويض بان كافة البيانات الواردة بهما و الصادرة منى صحيحة و مطابقة للواقع و أتعهد 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 فوراً بسداد الدين دون انتظار لاجال السداد المحددة بالعقود المبرمة معها و اتخاذ كافة الاجراءات لحفظ حقوقها.

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

التوقيع

إقرارات

اقر انا الموقع ادناه بالآتى:

- انه لم يصدر ضدى أى احكام من أى نوع سواء كانت مخالقات أو جنح أو جنائيات و انا على استعداد لتقديم ما يفيد ذلك في حال طلبه منى، كما اقر انه فى حالة صدور أى احكام من أى نوع خلال فترة التمويل يحق للشركة ان تقوم بالإجراءات اللازمة لاستيلاء حقوقها المالية كاملاً و اتخاذ كافة الاجراءات القانونية.
- انه فى حالة وجود أى اختلاف فى بياناتى المدونة فى 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 و المعلومات و الاجراءات قد تم شرحها لى بطريقة واضحة و كاملة من قبل مسئول التمويل بالشركة، كما اننى سألتزم التزاماً تاماً بها و بظل هذا الالتزام مستمرا طالما وجدت للشركة اية مستحقات او مطالبات لدى.
- اقر بحق الشركة فى طلب أى ضمانات اضافية للموافقة على التمويل و اقر باخطار الشركة باية تغييرات قد تطرأ على البيانات الواردة بهذا الطلب، و يعتبر توقيعى على هذا الاقرار بمثابة موافقة كتابية على ما جاء به و اتحمل كافة المسئولية المدنية و الجنائية فى حالة الاخلال بهذا الاقرار.
- بتحديث بيانات الإقامة و العمل و الدخل، و موافاة الشركة بالمستندات المؤيدة لذلك عند طلب الشركة لذلك.
- باننى المستفيد الحقيقي من التمويل و فى حالة كونى لست المستفيد الحقيقي من التمويل اتعهد بالافصاح عن المستفيد الحقيقي (ان وجد)

التاريخ: ----- / ----- / -----

التوقيع

الاستبيان الطبي

بيانات المؤمن عليه:

الإسم رباعي : تاريخ الميلاد:...../...../.....

الجنسية:..... النوع : ذكر / أنثى

الطول (سم) الوزن (كجم)

الوظيفة(يرجى تقديم وصف واضح):

بيانات التمويل:

مبلغ التمويل المطلوب:.....جنيه مصري المدة:.....أشهر

اجمالي مبالغ التمويل:.....جنيه مصري

لا	نعم																	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. هل لديك تأمين على الحياة سارى أو عقود مع شركتنا أو مع شركات تأمين أخرى؟ إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى تقديم تفاصيل باستخدام الجدول التالي :																
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>اسم الشركة</th> <th>مبلغ التغطية</th> <th>نوع الوثيقة</th> <th>سنة الاصدار</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	اسم الشركة	مبلغ التغطية	نوع الوثيقة	سنة الاصدار												
اسم الشركة	مبلغ التغطية	نوع الوثيقة	سنة الاصدار															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. هل تم رفض أو تأجيل أو قبول برسم إضافي أو قبول بشروط خاصة لأي طلب للتأمين على الحياة خاص بك (الحياة والحوادث والصحة)؟																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. خلال الخمس سنوات الماضية، هل كنت غير قادر على العمل لأكثر من 30 يوم متصلة لأي سبب؟																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. هل تغير وزنك في خلال الـ12 شهر السابقة؟																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. هل تم علاجك، أو هل تخضع حالياً لعلاج لأي من: ارتفاع ضغط الدم، السكري، احتشاء عضلة القلب، أمراض الجهاز التنفسي مثل الربو والالتهاب الشعبي، أمراض الكلى والجهاز البولي، اضطراب الجهاز الهضمي، الانزلاق الغضروفي، الشلل، الغيبوبة، ارتفاع الكولسترول، نقص المناعة البشرية (الايدز)، الأورام، السرطان، أو أي مرض خطير آخر أو أي اعاقه بدنية؟																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. هل اجريت أي عملية جراحية أو تخطط لإجراء أي عملية جراحية في خلال الـ6 أشهر القادمة؟																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. هل تعاني من فقد الوظيفة لأي عضو من أعضاء الجسم؟ إذا كانت الإجابة بنعم، برجاء ذكر العضو المصاب وسبب وتاريخ الفقد.																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. هل تتناول أي عقاقير أو مهدئات بصفة منتظمة؟ إذا كانت الإجابة بنعم، برجاء ذكر العلاج الموصوف والجرعة اليومية.																

توقيع المؤمن عليه/..... توقيع ممثل البنك/..... التاريخ:...../...../.....

الختم:



kaf
INSURANCE

Making it Easy,
Doing it Right

لا	نعم	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. هل تعالجت أو تُعالج حالياً من أي مرضاً واضطراب ؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. هل تغير وزنك في خلال الـ12 شهر السابقة ؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. هل تنوي طلب المشورة الطبية أو العلاج أو إجراء أية فحوصات طبية في خلال الستة اشهر القادمة؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. هل سبق لك اختبار ايجابية فيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز أو التهاب الكبد B أو C، وهل يتم عمل اختبار أو تم علاجك من امراض اخرى تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي أو انتظارك نتيجة لمثل هذا الاختبار؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. هل أنت مدخن أو كنت تقوم بتدخين اي نوع من السجائر خلال الـ12 شهر الماضية؟ إذا كان الجواب نعم، برجاء ذكر النوع والكمية
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. هل لديك أي اضطراب في الرؤية أو السمع ؟ إذا كانت الإجابة بنعم، أذكر إلى أي مدى.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. هل تتناول أيأ من المشروبات الكحولية؟ إذا كانت الإجابة بنعم، برجاء ذكر النوع والكمية .
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. هل سبق ان عانى أيًا من والديك أو اخوتك أو اخواتك، أو يعاني احدهم من أمراض القلب أو الدورة الدموية، السرطان ، السكري ، أمراض الكلى، اضطرابات وراثية قبل سن 65 عاما؟ إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى ذكر السن عند التشخيص.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17. هل تنوي المشاركة في نشاط / رياضة خطر (مثل الغوص أو تسلق الجبال أو التزلج أو سباقات السرعة) أو الطيران بخلاف كونك من ضمن الركاب على الرحلات المنتظمة ؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18. هل أنت مصاب/ سبق إصابتك / تم الإشتباه في إصابتك بالفيروس خلال الثلاثة أشهر الماضية ؟ إذا كانت الإجابة بنعم، برجاء ذكر تاريخ الإصابة وتاريخ التعافي والأدوية المستخدمة في العلاج وأية أعراض حالية.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19. هل أنت حامل؟ إذا كانت الإجابة بنعم، برجاء ذكر الاسبوع .
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20. هل تعاني من أي اضطراب أو أمراض في الثدي أو الرحم أو المبايض؟

للسيدات :

يرجى ذكر التفاصيل الكاملة عن أي إجابة بـ «نعم» لأي من الاسئلة المذكورة اعلاه بما في ذلك موعد التعرض ومدة المرض أو العلاج أو الاستشارة الطبية أو ممارسة أية أنشطة رياضية، يمكن استخدام ورقة منفصلة لذكر التفاصيل إذا لزم الأمر.

الإقرارات :

أقر أنا الموقع أدناه بصحة المعلومات المذكورة في هذا الاستبيان بما في ذلك ما لم يملأ بخط يدي ما دمت قد وقعت عليها. كما أنني على علم بأن هذا الاستبيان وجميع الإقرارات المرفقة تعد جزءاً لا يتجزأ من عقد التأمين المبرم بيني وبين شركة كاف لتأمينات الحياة، سواءاً بأصل أو صورة هذا الاستبيان وان أي إدلاء بمعلومات خاطئه أو إخفاء لمعلومات سوف يؤدي إلى سقوط الحق في التعويض في حالة تحقق الخطر. كما أنني أقر بأنني على علم أنه يحق لشركة كاف لتأمينات الحياة طلب المستندات الطبية الكاملة أو إجراء كشف طبي، على نفقة الشركة، لتقييم طلب التأمين. وأنتي أقر أنه يحق للشركة طلب كافة المستندات الطبية عند تقديم مطالبة دفع القيمة التأمينية سواءاً في حياة المؤمن عليه أو بعد وفاته، لا قدر الله. وأقر أيضاً بأنني أرخص لأي طبيب أو جهة طبية قد أستشرتها أو قد أستشرها في المستقبل بتقديم أية معلومات لشركة كاف لتأمينات الحياة أو أي جهة قانونية قد تكون مطلوبة عن حالتي الصحية ويكون لصورة هذا الترخيص صلاحية النفاذ كالأصل تماماً. وأيضاً أقر بأنني أصرح لشركة كاف لتأمينات الحياة باستخدام المعلومات والبيانات الخاصة بي إذا دعت الحاجة لأية متطلبات قانونية أو معاهدات دولية أو طبقاً للسياسات الملزمة لشركة كاف لتأمينات الحياة. كما أنني أتعهد أن أخطر شركة كاف لتأمينات الحياة بأية تغيرات تطرأ على حالتي الصحية قبل إصدار التغطية التأمينية.

توقيع المؤمن عليه/ توقيع ممثل البنك/ التاريخ/...../...../.....

الختم:

Kaf Life Insurance
C.R.No (23341) Licensed By FRA. No (29)
Building no. 107, Smart Village, Giza, Egypt
T 02 2126 3320
H 15595
W www.kaf.com.eg