

أ- التصريحات الشخصية

١- إسم الشخص المطلوب التأمين عليه (كما في الوثائق الرسمية ويرفق صورة طبق الأصل عن إثبات الشخصية).

بالعربية: الأول ..... إسم الأب ..... إسم الجد ..... إسم العائلة

بالإنجليزية: .....

الجنسية: إثبات الشخصية ..... رقمها ..... تاريخ الانتهاء: .....

جنسيات أخرى: .....

رقم الوثيقة: .....

تاريخ انتهائها: .....

بلد الولادة: ..... تاريخ الولادة: ..... الرقم الوطني: .....

السن: ..... ذكر ☐ أنثى ☐ أعزب ☐ متزوج ☐ أرمل ☐ مطلق ☐ عدد الأولاد: .....

٢- الإقامة: بلد الإقامة خلال الأشهر ١٢ الماضية: ..... عنوان السكن الحالي: شقة رقم: ..... طابق: .....

بناية رقم: ..... شارع: ..... بجانب: ..... منطقة: ..... المدينة: .....

محافظة: ..... البلد: ..... ص.ب: ..... الرمز البريدي: ..... البريد الإلكتروني: .....

عنوان إقامة إضافي / مؤقت: .....

الهاتف / الرمز الدولي: ..... الخلو / الرمز الدولي: ..... - - - - -

٣- العمل / المهنة: صاحب عمل ☐ موظف / الوظيفة: ..... تفاصيل المهام اليومية: .....

إسم الشركة / العمل المسجل: ..... مجال عمل الشركة / العمل المسجل: .....

إذا كنت صاحب العمل: تاريخ تأسيس العمل: ..... عدد الموظفين: ..... حجم العمل (قيمة المبيعات السنوية): .....

التوزيع الجغرافي: ..... ملاحظات إضافية: .....

عنوان العمل: طابق: ..... بناية رقم: ..... شارع: ..... بجانب: .....

الحي: ..... منطقة: ..... المدينة: ..... محافظة: ..... البلد: .....

ص.ب: ..... الرمز البريدي: ..... البريد الإلكتروني: ..... الخلو / الرمز الدولي: ..... - - - - -

٤- عنوان المراسلات: السكن ☐ العمل ☐ غيرها ☐ .....

٥- لاستعمال خبرات Metlife (SMS) / رقم الهاتف الخلو: السكن ☐ العمل ☐ غيرها ☐ ..... - - - - -

٦- المستفيد: .....

إسم المستفيد كاملاً: ..... الجنسية/الجنسيات: ..... العلاقة / الصلة: ..... تاريخ الولادة: ..... بلد الولادة: ..... طبيعة العمل: ..... العنوان الحالي والدائم: ..... نسبة مئوية: .....

ما لم يذكر خلاف ذلك توزع الحصص بين المستفيدين الباقين على قيد الحياة بالتساوي ويحفظ حق تغيير المستفيد

٧- إسم طالب التأمين (المالك) إذا كان غير الشخص المطلوب التأمين عليه: (الإسم الكامل كما في الوثائق الرسمية ويرفق صورة طبق الأصل عن إثبات الشخصية). ذكر ☐ أنثى ☐

بالعربية: الأول ..... إسم الأب ..... إسم الجد ..... إسم العائلة

الجنسية: ..... الصلة بالمطلوب التأمين عليه: ..... بلد الولادة: ..... تاريخ الولادة: ..... اليوم: ..... شهر: ..... سنة: .....

المهنة بالتفصيل: .....

عنوان الإقامة الدائم: .....

عنوان العمل / الإقامة المؤقت: .....

ب- تفاصيل التأمينات المطلوبة (في حال الموافقة من قبل الشركة سوف تصدر وثيقة تأمين)

١ - القسط الهدف السنوي ..... ٢ - مدة دفع القسط الهدف للبرنامج: ..... ٣ - العملة: دولار أمريكي ..... ٤ - المبلغ المدفوع مع الطلب: .....

رقم الملف (حيثما يطبق): .....

٥- المنفعة في حال وفاة مالك البوليصة بحدوث طارئ (٢٥ ضعف القسط الأساسي

أخطط ويحد أقصى \$ ٢٠٠,٠٠٠) تظهر نموذج رقم (F) 1004 حسب نصوص وقواعد الشركة.

١- العقود الإضافية الاختيارية (يؤشر على النماذج المطلوبة):

رقم (140) WP ..... رقم (146) PTD ..... رقم (148) FPA

رقم (150) LTR ..... مبلغ: ..... لمدة: .....

رقم (980) IBR ..... مبلغ: ..... لمدة: .....

رقم (981) IBR ..... مبلغ: ..... لمدة: .....

نموذج (GIP-FG 78) ..... مبلغ: ٥٠٠ دولار ولدة ١٠ سنوات

نموذج رقم 78 - 60 (حسب ما هو موضح في ملحق الطلب البرامج المتصلة بوحدة استثمارية)

٧- طريقة دفع الأقساط: سنوي ☐ نصف سنوي ☐ ربع سنوي ☐ شهري ☐

رقم الملف (حيثما يطبق) :

ج - تفاصيل/تأمينات الحوادث الشخصية المطلوبة ( في حال الموافقة سوف تصدر بوليصة حوادث شخصية )

تنبيه : ضرورة الإفصاح عن أي معلومات ضرورية أو أي تغيير يؤثر على قرار الشركة في الاستمرار بقبول الخطر بالأسعار والشروط التي قبلت بها ابتداءً . سواء طرأ تغيير بعد بداية سريان الوثيقة أو بعد آخر جديد لها أيهما يحدث لاحقاً .

مناخ الحوادث الشخصية	طالب التأمين		الزوج		المعالون	
	تصنيف المهنة	القيمة	تصنيف المهنة	القيمة	العدد	القيمة
العملة :						
نموذج رقم (ك-٦٩) التأمين على الحياة لأجل						
نموذج رقم (ف-٦٠) الوفاة وفصل الأعضاء بحدوث						
نموذج رقم (أ-٦١) إرجاع النفقات الطبية الناتجة عن حادث						
نموذج رقم (ب-٦٢) الدخل في حالة العجز بسبب حادث						
نموذج رقم (ب-٦٧) الدخل عن الإستشفاء نتيجة حادث أو مرض						
نموذج رقم (ب-٧٧) المصاريف الجراحية في المستشفى نتيجة حادث أو مرض						
نموذج رقم (GIP-٧٨) حماية الدخل الشهري المضمون لدى الوفاة وفصل الأعضاء والعجز الكلي الدائم بحادث لمدة : <input type="checkbox"/> ١٠ سنوات <input type="checkbox"/> ١٥ سنة <input type="checkbox"/> ٢٠ سنة						
برنامج الحماية الفائقة الذهبية: يؤشر على البرنامج المطلوب <input type="checkbox"/> السرطان <input type="checkbox"/> أمراض القلب والشرابيين <input type="checkbox"/> السرطان وأمراض القلب والشرابيين						

طريقة دفع الأقساط :

المبلغ المدفوع مع هذا الطلب :

مجموع القسط : المؤمن عليه  الزوج  المعالون   
 مجموع القسط السنوي (جميع المطلوب التأمين عليهم) :   
 طوابع / ضرائب / رسوم :   
 القسط حسب طريقة الدفع :  x  = القسط السنوي المعدل

د- تصريح لأغراض ضريبة الدخل الفدرالية الأمريكية : (يعتبر شخصاً أمريكياً أي شخص يحمل جنسية أمريكية أو إقامة في الولايات المتحدة الأمريكية، وأي صندوق ائتمان يديره شخص أمريكي أو أكثر ويكون خاضعاً لإشراف ومراقبة المحاكم في الولايات المتحدة الأمريكية).

هل طالب التأمين (المالك) أو أي من المستفيدين شخصاً أمريكياً ؟ ☐ لا ☐ نعم (إذا كنت الإجابة نعم . أذكر ما يلي) :

رقم الشهادة الضريبية الأمريكية الخاصة بطالب التأمين :

رقم الشهادة الضريبية الأمريكية الخاصة بالمستفيدين :  
 أوافق أنا طالب التأمين الموقع على هذا الطلب على إبلاغ الشركة خلال ٣٠ يوماً من تاريخ معرفتي بحصول أي تغيير في حال أصبحت أنا طالب التأمين و/أو أي من المستفيدين المعينين شخصاً أمريكياً خاضعاً لضريبة الدخل في الولايات المتحدة الأمريكية . و إنني تفهمت بأن أي إفادة غير صحيحة أو بيان كاذب لشخص أمريكي حول وضعه الضريبي يمكن أن يؤدي إلى عقوبات بموجب القوانين الأمريكية . وأن دائرة الضرائب الأمريكية تلزم الشركة بإبلاغها عن أي دخل يتم دفعه إلى أشخاص خاضعين لضريبة الدخل الفدرالية للولايات المتحدة الأمريكية . وأنني في حال كنت شخصاً أمريكياً ولم أقم بإعطاء الشركة رقم شهادة الضريبة (أو رقم الضمان الاجتماعي)، فإن دائرة الضرائب الأمريكية تلزم الشركة بإحتساب والإحتفاظ بضريبة دخل بمعدل ٣١٪ من المبالغ الخاضعة والمدفوعة لك.

هـ- تفاصيل عن الدخل والشؤون المالية :

١- معدل الدخل الشهري لطالب التأمين خلال الـ ١٢ شهر الماضية  
 ٢- الدخل المحقق لطالب التأمين من جميع المصادر لآخر ٣ سنوات (السنة الحالية (١) والسنة السابقة (٢) والسنة الأسبق (٣)) :

السنة	مبلغ الدخل المكتسب من العمل بموجب البند (أ-٣)	مبلغ الدخل من مصادر أخرى	حدد مصادر الدخل الأخرى
(١)			
(٢)			
(٣)			

تعباً للأسئلة المذكورة أدناه لوثائق التأمين التي يتجاوز قسطها السنوي مبلغ (١٠٠٠ دينار) أو التي يتجاوز قسطها الواحد مبلغ (٢٠٠٠ دينار).

٣- القيمة الإجمالية لثروة طالب التأمين :  
 ٤- تفاصيل الأصول

نقد :  
 أسهم ومستندات :  
 أراضي وعقارات :  
 ممتلكات أخرى :  
 حسابات دائنين :

٥- تفاصيل الخصوم: قرض/ دين :  
 ٦- أسماء البنوك التي أتعامل معها:

٧- هل توافق على إمكانية الإتصال بها عند الضرورة لغايات دراسة طلبكم للتأمين ؟ ☐ لا ☐ نعم

(إذا كانت الإجابة «لا» اذكر الأسباب).

٨- هل هناك أي دعاوى قضائية (مالية أو إفلاس) معلقة ☐ لا ☐ نعم (الرجاء إعطاء التفاصيل).

٢٥

٥- التصريحات الطبية : ( تشمل التصريحات كافة المطلوب التأمين عليهم المذكورين في هذا الطلب )

١ - إسم وعنوان الطبيب الخاص أو طبيب العائلة في حال وجوده :  
السبب :  
تاريخ آخر زيارة :  
النصيحة التي تلقينها :  
إسم وعنوان آخر طبيب راجعته :

٢- الطول : سم الوزن : كغم  
٣- هل أنت أم أعسر ؟  
أيسر ☐ أميسر ☐

الملاحظات :  
إذا كانت الإجابة على أي سؤال «نعم» ، أذكر رقم السؤال الإسم. التاريخ. تشخيص المرض. فترة العلاج. نسبة الشفاء. النتائج. الأدوية. أسماء وعناوين الأطباء المعالجين.

نعم لا

☐ ☐

☐ ☐

☐ ☐

☐ ☐

☐ ☐

☐ ☐

☐ ☐

☐ ☐

☐ ☐

☐ ☐

☐ ☐

☐ ☐

☐ ☐

☐ ☐

☐ ☐

☐ ☐

☐ ☐

☐ ☐

☐ ☐

☐ ☐

☐ ☐

☐ ☐

☐ ☐

☐ ☐

☐ ☐

☐ ☐

☐ ☐

☐ ☐

☐ ☐

☐ ☐

☐ ☐

☐ ☐

☐ ☐

☐ ☐

☐ ☐

٤- هل دُخِنت سيجائر أو أي أنواع أخرى من التبغ خلال الـ ١٢ شهراً الماضية ؟

إذا نعم ، أذكر العدد باليوم :

٥- هل تلقيت أي معالجة طبية أو جراحية أو قمت بإجراء أي فحوصات طبية سواء خارج أو داخل المستشفى أو تمت نصيحتكم بإجراء أي فحوصات تشخيصية ، أو دخول مستشفى أو إجراء أي عملية جراحية ولم تقوموا بها ؟

٦- هل تلقيت إستشارة طبية أو علاج متعلق بالإيدز أو مبرك متصل بالإيدز أو مرض جنسي معد أو هل قيل لك أنك تعاني من أي منها ، أو هل أجريت فحصاً أظهر وجود فيروس الإيدز أو تشعر بإرهاق لا تفسير له ، فقدان في الوزن ، إسهال ، أو آفات جلدية غريبة ؟

٧- هل تم تشخيصك أو معالجتك أو خضعت لأي عملية جراحية فيما يتعلق :  
أ- بحصى الروماتيزم ، ضغط الدم ، نغمة في القلب ، جلطة دماغية ، ألم في الصدر ، نوبة قلبية ، أو أي علة في القلب والشرايين والأوعية الدموية ؟

ب- أي نوع سرطان ، ورم ؟  
ج- السكري ، سكر في البول ، علة في الغدد ، وإفرازها ؟

د- مرض التهاب الكبد ( Hepatitis ) أو أي علة أخرى في الكبد ، البنكرياس ، المرارة ، الجهاز الهضمي ، المعدة والأمعاء ؟

هـ- أي مرض في الكلية / الخالب ، الجهاز البولي أو التناسلي أو أي جزء من الأجزاء الداخلية للجسم ؟

و- الصرع أو الشلل أو أي علة عصبية أو عقلية أو نفسية بما فيه قلق أو كآبة ، مرض أو خلل في العضلات ، العمود الفقري ، الدماغ ، المفاصل والأطراف بما فيه فقدان الحواس أو عدم التوازن ؟

ز- أي مرض أو خلل في الدم ، الأزمة الصدرية ، السيل ، أي مرض رئوي أو تنفسي ؟

ط- إدمان على الكحول أو المخدرات ؟  
ي- أي علة أو حالة أو مرض مزمن أو خلل في النظر ، السمع أو النطق ؟

ك- إصابة أو علة أو مرض آخر لم يذكر أعلاه ؟  
٨- هل أصيب أو توفي أي فرد من أفراد عائلتك بأي مرض أو حالة مذكورة أعلاه ؟

(الرجاء ذكر المعلومات العائلية في الجدول أدناه)

أفراد العائلة	السن	الحالة الصحية / سبب الوفاة	العمر عند الإصابة بالمرض	السن عند الوفاة
الأب				
الأم				
الإخوة والأخوات	السن	الحالة الصحية / سبب الوفاة	العمر عند الإصابة بالمرض	السن عند الوفاة
عدد الأحياء				
عدد المتوفين				

٩- للإناث :

أ- هل حصل لك أي مضاعفات و/أو مشاكل في الثدي أو في الجهاز التناسلي ؟  
ب- هل أجريت فحص مسحة لعنق الرحم ( Pap Smear ) وكانت النتيجة غير طبيعية أو طلب منك إعادته خلال الأشهر الستة الماضية ؟

ج- في حال كنت متزوجة :

عدد الأطفال	أعمارهم
إسم الزوج : الأول	
إسم الزوج : الثاني	
قيمة مبلغ التأمين على حياة الزوج (إن وجد) <input type="checkbox"/> بالدينار <input type="checkbox"/> بالدولار	
نوع التأمين : <input type="checkbox"/> فردي <input type="checkbox"/> جماعي <input type="checkbox"/> شركة التأمين	

د- هل حصل لك أي مضاعفات عند الولادة ؟  
هـ- هل أنت حامل في الوقت الحالي ؟ في حال كنت حامل ، كم شهر ؟

82

١- هل تجاوز مجموع مبالغ التأمين النسيارية على حياة المطلوب التأمين عليه لدى الشركة وأية شركات أخرى الحد الأقصى لضاعفات الدخل السنوي المكتسب حسب الجدول المعتمد؟

٣- هل يوجد حالياً قيد الدراسة أي طلب تأمين على الحياة أو تأمين ضد الحوادث أو تأمين صحي على شخص المطلوب التأمين عليه ؟

٤- هل المقصود من هذا التأمين أن يستبدل تأمين أو يخفف تأمين سائر خلايا ١٢

٥- هل لديك أية معلومات عن عادات شخصية أو إجتماعية سلبية (الفنار ، إدمان الكحول، صفقات مشبوهة ، غسل الأموال ، علاقة بتنظيمات ، مصاعب مالية ... إلخ) نود التصريح بها بخصوص أي من المطلوب التأمين عليهم / طالب التأمين ؟

أذكر التفاصيل هنا إن كانت الإجابة على أي سؤال (نعم) :

توقیعه

إسم الوكيل الثاني

توقیعه

إسم الوكيل الأول

التاريخ

الرقم الرمزي

وكيل الأول

## كيل الثاني

(لقد تفحصت بدقة طلب التأمين هذا وأؤكد توصيتي على أن يدرس من قبل الشركة).

توقيع رئيس الوكالة / الوحدة

الشروط التي بموجبها أصدر الإيصال المشروط على وجه هذه القسيمة :

(أ) بالنسبة للأشخاص البينين في الطلب إذا قبلت الشركة بدون أي شرط كل من هؤلاء الأشخاص بالبلغ الأساسي (الحد الأقصى ١٠٠.٠٠٠ دولار أميركي أو ما يعادله) وبمعدل القسط المقدم على أن يكون خطر التأمين مقبولاً في هذا التاريخ بموجب أنظمة الشركة بما في ذلك إستيفاء العناية الواجبة بشأن طالب التأمين.

(ب) إذا كان المبلغ المدفوع بموجب هذا الإيصال يمثل كامل القسط ودفع المبلغ نقداً أو بموجب شيك لأمر الشركة بواسطة الوكيل المرخص مع الشركة.

- في حال عدم قبول الشركة إصدار البوليصة دون أي شرط وفقاً للطلب المقدم، يبطل مفعول أحكام هذا الإيصال وتعيد الشركة المبلغ المدفوع على الطلب بموجب هذا الإيصال مخصصاً منه المصاريف الإدارية المحددة من الشركة لدى إعادة هذا الإيصال.

- يرجى الإحتفاظ بكافة الوثائق والمراسلات المتداولة فيما بينكم وبين الشركة المتعلقة بهذا البرنامج.



الشروط التي بموجبها أصدر الإيصال المشروط على وجه هذه القسيمة:

شريطة أن تكون الشركة قد تسلمت المبلغ المدفوع مع الطلب والمبين في البند ب-1 منه (وعلى وجه هذا الإيصال) والمسمى فيما بعد ((الدفعه)).

إذا كان ممكناً بتاريخ تعبئة وتوقيع طلب التأمين أو الجزء الثاني من الطلب المتعلقة بالفحص الطبي أيهما يكون لاحقاً، قبول تغطية الشخص المطلوب التأمين على حياته بمبلغ وبرنامج التأمين المذكورين في البند (3) (ب) بدرجة تصنيف عادية وبتعريفه الأقساط المقررة في الشركة - ما لم يذكر خلاف ذلك في الطلب - وكان مقبولاً من الشركة وفقاً لقواعد الشركة وما هو معمول به لديها بما في ذلك إستيفاء العناية الواجبة بشأن طالب التأمين. فعدنئذ:

(أ) يعتبر التأمين المطلوب نافذاً منذ التاريخ المذكور آنفاً وللمدة التي تستمرها الدفعة على أساس نسبي (ولكن بالنسبة للعقود الإضافية فقط بالمبلغ وتعرفة القسط الموافق عليهما من الشركة) مع خضوع ذلك للتقييدات المدرجة في الشرط (ب) أذناً ولشروط البوليصات والعقود الإضافية الحالية. هـ

(١) إذا كانت الدفعة أقل من كامل قيمة القسط الأول المرتبطة وفقاً لطريقة دفع الأقساط المذكورة في الطلب، تقوم الشركة، لدى إستلامها رصيد القسط المذكور خلال حياة الشخص المطلوب التأمين عليه وضمن مدة ٩٠ يوماً تلي تاريخ توقيع الطلب أو تاريخ الفحص الطبي أيهما لاحق ودون أن تطالب إثباتاً جديداً على صالحيه ذلك الشخص للتأمين، بإصدار وتسليم وثيقة البوليصة بالبلغ والبرنامج المطلوبين في الطلب مع أية عقود إضافية وافقت عليها بتعرفة القسط السارية بموجب الفقرة (١) أعلاه، إلا أنه لن يكون ثمة تأمين قد سري مفعوله ما بين تاريخ إنقضاء مدة التأمين النسبي كما هو مذكور في الفقرة (١) أعلاه وتاريخ قبض الشركة رصيد القسط المذكور.

ب- لا يمكن في أي حال أن يتجاوز أي تأمين سرى مفعوله بموجب هذا الإيصال. بالإضافة إلى أي تأمين آخر ساري المفعول لدى الشركة على حياة الشخص المطلوب التأمين عليه. الحدود التالية:

١١ عاماً ولا يتجاوز ٥٩ عاماً، أو مبلغ ٥٠,٠٠٠ دولار (أو مايعادله) في كافة الأحوال الأخرى، و

(١) مبلغ ٥٠,٠٠٠ دولار من التأمين بحال الوفاة بسبب حادث طاريء، بموجب عقود إضافية أصدرت مع التأمين على الحياة.

(٣) مبلغ ١٥٠ دولار من الدخل الأسبوعي لحالة العجز بسبب حادث.

(٤) إضافة الى ماسبق. لن يتجاوز اجمالي التي تأمين سائر بموجب هذه الشروط على حياة الشخص المطلوب التأمين عليه - بما في ذلك تأمين الوفاة بحادث - لدى جميع الشركات بما فيها الشركة مبلغ ٥٠٠,٠٠٠ دولار (أو ما يعادله بالعملة الأخرى).

ج. إذا لم تقبل الشركة الشخص المطلوب التأمين عليه وفقاً لما هو مبين في الشرط (أ) أعلاه، أو إذا كان الطلب يتضمن أي مطلب خاص غير متفق مع أي من شروط هذا الإصدار، فلا يكون ثمة تأمين قد نشأ في أي وقت وفي تلك الحالة - باستثناء حالات الغش وإخفاء المعلومات - تعاد الدفعة مخصوماً منها المصاريف الإدارية المحددة من الشركة وضمن الفحوصات الطبية لطالب التأمين لدى تسليمه هذا الإصدار. وإذا عارضت الشركة تأميناً مع مناهج - يتفق عليها - مذكورة أعلاه، فسيكون ذلك بمثابة إعلان من الشركة بعدم قبولها لهذا التأمين. وفي هذه الحالة، فإن الشركة ستعقد اجتماعاً مع مناهج - يتفق عليها - مذكورة أعلاه، وذلك في أجل زمني لا يتجاوز 30 يوم عمل من تاريخ تقديم الطلب.

أصل القسط الأول المستحق عن تلك البوليصه ويسري مفعول التأمين بموجبها لدى قبض الشركة رصيد ذلك القسط.

هـ- لا يحق لطالب التأمين إستعادة الدفعة إلا كما نص عليه في الشرط (ج) أعلاه.

# البرامج المتصلة بوحدات استثمارية

## Future Gold ملحق لطلب برنامج المستقبل الذهبي

ملحق لطلب التأمين رقم : \_\_\_\_\_ (يجب أن يكون مطابقاً لرقم طلب التأمين الأساسي ويصبح جزءاً متعمماً له)

(يشار إلى البوليصة الصادرة إستناداً لهذا الطلب بالبوليصة الأساسية)

المؤمن عليه : \_\_\_\_\_ اسم مالك وثيقة التأمين (إذا كان غير المؤمن عليه)

### المساهمات / الأقساط

القسط المخطط في إشعارات الأقساط يساوي \$ \_\_\_\_\_ (الرجاء الرجوع إلى الملاحظة رقم ١)

طريقة الدفع : ☐ سنوي ☐ كل ستة أشهر ☐ كل ثلاثة أشهر ☐ كل شهر

القسط الزائد لمرة واحدة، إن وجد \$ \_\_\_\_\_

القسط الزائد : \$ \_\_\_\_\_ لمدة \_\_\_\_\_ سنة (الرجاء الرجوع إلى الملاحظة رقم ٢)

القسط الهدف : \$ \_\_\_\_\_ (الرجاء الرجوع إلى الملاحظة رقم ٣)

### ملاحظات :

١- يمثل هذا المبلغ القسط المخطط دفعه حسب طريقة الدفع أو المبلغ المرسل به الإشعار، وهو مجموع القسط الهدف مضافاً إليه الأقساط المتعلقة بالعقود الإضافية، ويخضع هذا المبلغ إلى الحدود المفروضة من قبل الشركة.

٢- يمثل هذا المبلغ القسط الزائد، إن وجد، والمدفوع مع تقديم هذا الطلب. إن هذا المبلغ هو بالإضافة إلى القسط المخطط أو القسط الواجب دفعه حسب طريقة الدفع.

٣- يمثل هذا المبلغ القسط الهدف السنوي للسنة الأولى للبوليصة والذي تحتسب على أساسه منافع العقد الإضافي المبين في القسم (٣) أدناه.

### توزيع المساهمات / الأقساط

النسبة المئوية	صناديق الإستثمار المستعملة حالياً	الحسابات الفرعية بموجب الإستراتيجية	الإستراتيجيات
%	نفسه	حسابات العائدات المضمونة (GRA)	الإستراتيجية المحافظة
%	Pictet Short - Term Money Market USD-P Fund	الحساب الفرعي للسيولة بالدولار الأمريكي	
%	PineBridge Global Bond Fund	الحساب الفرعي للسندات العالمية	
%	Emirates Global Sukuk Fund	الحساب الفرعي للصكوك العالمية المتوافق مع الشريعة	
%	PineBridge Global Balanced Fund	الحساب الفرعي العالمي المتوازن	الإستراتيجية المتوازنة
%	Emirates Islamic Global Balanced Fund A	الحساب الفرعي العالمي المتوازن المتوافق مع الشريعة	
%	PineBridge Global Focus Equity Fund	الحساب الفرعي للأسهم العالمية	الإستراتيجية التجريبية
%	PineBridge American Equity Fund	الحساب الفرعي للأسهم الأمريكية	
%	PineBridge Europe Equity Fund	الحساب الفرعي للأسهم الأوروبية	
%	BNP Paribas Islamic fund - Equity Optimiser C	الحساب الفرعي للأسهم المتوافقة مع الشريعة	
% ١٠٠	المجموع		

(٣) العقد الإضافي نموذج رقم ٦٠ - ٧٨ عقد الحماية الفضي والذهبي (يؤشر على الحماية المطلوبة) :

○ الحماية الفضية (أساسي) يدخل شهري :  $\frac{60 \times \text{القسط الهدف للسنة الأولى}}{120} = \text{الدخل الشهري}$  \$ \_\_\_\_\_

○ الحماية الذهبية (اختياري) بمبلغ التأمين الأساسي :  $60 \times \text{القسط الهدف للسنة الأولى} = \text{مبلغ التأمين الأساسي}$  \$ \_\_\_\_\_