

نموذج طلب تأمين 360° طبي

1/3

الشركات

(أ) بيانات طالب التأمين

الاسم القانوني: مؤسسة يايوني للحلول الامنية
 الاسم التجاري (إذا كان مختلفاً عن المذكور أعلاه): مؤسسة يايوني للتجارة
 رقم السجل التجاري: 7014537620
 رقم الرخصة (إن وجد):
 رقم شهادة الهيئة العامة للاستثمار (إن وجد):
 طبيعة النشاط (حسب ما ذكر في السجل التجاري): استيراد وبيع وتركيب وصيانة الاجهزة الامنية
 مصدر الأموال: الرضاء الاختيار: (إيرادات العمليات التجارية، تمويل، تبرعات، ميزانية حكومية، أخرى، الرضاء التحديد)
 هل لدى الشركة طرف ذو علاقة؟ في حال الإجابة بـ "نعم"، يرجى تقديم طلب للحصول على موافقة إدارة الالتزام الرقابي بالتعاونية.
 عدد الموظفين (حسب التأمينات الإجتماعية):
 الدخل السنوي:
 الفروع (إن وجدت):

(ب) تفاصيل الاتصال

رقم الهاتف: 8642148 رقم الجوال: 0565943769 الفاكس:
 البريد الإلكتروني: yahya Bayoumi الموقع الإلكتروني:

العنوان الوطني (واصل)

المنطقة: الشرقية المدينة: الخبر الحي: الخبر الشمالية الشارع: الامير ماجد بن عبدالعزيز
 رقم المبنى: 7283 رقم الوحدة: 409 الرمز البريدي: 34427 الرمز الإضافي: 3705

(ج) تفاصيل الحساب البنكي

ملاحظة: سيتم استخدام هذا الحساب البنكي لمدفوعات الأقساط و المطالبات

الاسم	مؤسسة يايوني للحلول الامنية	رقم الحساب	10869300274
اسم البنك	العمودي القرنسي	المدينة	الخبر
رقم الأيبان	SA-565500000010869300274		

(د) قائمة كبار المساهمين الرئيسيين للشركات المساهمة (5% أو أكثر)

الاسم	الجنسية	نسبة الملكية %

(هـ) أعضاء مجلس الإدارة

الاسم	الجنسية	المنصب

(و) بيانات الأشخاص الذين يمكن الإتصال بهم

معلومات الموظف (1)	معلومات الموظف (2) (إن وجد)	الاسم
يحيى حسين يحيى بايوني	سيد عناية علي	
1151264510	2412791507	رقم الهوية/الإقامة
سعودي	فرد	الجنسية
0565943796	0572889826	رقم الجوال
8642108	0572889826	رقم الهاتف
yahya@bayowni.net	syed@bayowni.net	البريد الإلكتروني

(ز) المستندات الداعمة

الرجاء إرفاق المستندات أدناه

- نسخة من السجل التجاري.
- نسخة من شهادة الهيئة العامة للاستثمار (إن وجدت).
- نسخة من رخصة العمل.
- نسخة من الهوية الوطنية/ الإقامة للشخص الذي قام بتوقيع نموذج «عرف عميلك».
- نسخة من الهوية الوطنية/الإقامة للشخص الذي سوف يتعامل مع التعاونية فيما يتعلق بوثائق التأمين.
- نسخة من خطاب التفويض.
- نسخة من شهادة الأبيان البنكي للشركة.
- نسخة من النظام الأساسي (للمؤسسات أو الهيئات غير الهادفة للربح).
- نسخة من موافقة مجلس الإدارة على التعامل مع التعاونية بشأن وثيقة التأمين ذات الصلة.

(ح) تعريف الطرف ذو العلاقة

1. كبار المساهمين في الشركة.
2. أعضاء مجلس إدارة الشركة أو أي من شركاتها التابعة وأقاربهم.
3. كبار التنفيذيين في الشركة أو أي من شركاتها التابعة وأقاربهم.
4. أعضاء مجلس الإدارة وكبار التنفيذيين لدى كبار المساهمين في الشركة.
5. المنشآت، من غير الشركات، المملوكة لعضو مجلس الإدارة أو أحد كبار التنفيذيين أو أقاربهم.
6. الشركات التي يكون أي من أعضاء مجلس الإدارة أو كبار التنفيذيين أو أقاربهم شريكاً فيها.
7. الشركات التي يكون أي من أعضاء مجلس الإدارة أو كبار التنفيذيين أو أقاربهم عضواً في مجلس إدارتها أو من كبار التنفيذيين فيها.

8. الشركات المساهمة التي يملك فيها أي من أعضاء مجلس الإدارة أو كبار التنفيذيين أو أقاربهم ما نسبته (5%) أو أكثر، مع مراعاة ما ورد في الفقرة (د) من هذا التعريف.
9. الشركات التي يكون لأي من أعضاء مجلس الإدارة أو كبار التنفيذيين أو أقاربهم تأثير في قراراتها ولو بإسداء النصح أو التوجيه.
10. أي شخص يكون لنصائحه وتوجيهاته تأثير في قرارات الشركة وأعضاء مجلس إدارتها وكبار تنفيذييها.
11. الشركات القابضة أو التابعة للشركة.
- ويستثنى من الفقرتين (9) و (10) من هذا التعريف النصائح والتوجيهات التي تقدم بشكل مهني من شخص مرخص له في ذلك.

(ط) الإقرار والإفصاح

- أقر وأوافق أنا الموقع أدناه بالأصالة عن نفسي وبالنيابة عن جميع المطلوب التأمين عليهم (المستفيدين) على ما يلي:
1. أنه على حد علمي واعتقادي، فإن المعلومات المعطاة في هذا البيان، سواء كانت بخطي أم لا، هي صحيحة وكاملة، وأني لم أحرف أو أكتتم أية حقيقة جوهرية وبناءً على ذلك في حال ظهور حقائق غير مفصّل عنها لن يكون هناك أي التزام على التعاونية بالعرض المقدم حال تغير أي معلومة من المعلومات الجوهرية المقدمة في أي مرحلة من مراحل إصدار الوثيقة ويعتبر العرض لاغياً (الحقيقة الجوهرية هي تلك التي يُحتمل أن تؤثر في قرار التعاونية في قبول أو تقييم طلب التأمين، وإذا كان هناك شك في أن حقيقة ما جوهرية أم لا، فيجب الإفصاح عنها).
 2. أقر بموافقتي على قيام شركة التعاونية للتأمين بالاطلاع على المعلومات الخاصة بمنسوبينا وأية معلومات مرتبطة برقم وزارة الداخلية الخاص بي والموجودة في مركز المعلومات الوطني بوزارة الداخلية والمؤسسة العامة للتأمينات الاجتماعية وأي معلومات مرتبطة لدى أي طبيب أو مستشفى أو مركز طبي والمتعلقة بأي شخص مطلوب التأمين عليه (مستفيد).
 3. أقر بأنني اطّلع على أنظمة ولوائح مجلس الضمان الصحي للوثيقة الموحدة وعليه أتعهد بأن الطلب يشمل جميع الموظفين تحت الكفالة وتوابعهم.
 4. أقر بأنني لم أشارك في أي نشاط إجرامي أو غسيل أموال وأن الأقساط المدفوعة من مصدر دخلي المشروع وليست مستمدة من أي أنشطة غير قانونية.
 5. أقر بأن الوثائق المقدمة لتحديد الهوية هي أصلية وجميع التفاصيل المعطاة هي حقيقية وصحيحة. بالإضافة إلى ذلك أعلن أن ليس لدي أي أسماء أخرى أو تفاصيل هوية أخرى. إلا تلك المقدمة أعلاه. وأن المعلومات التي قدمتها في ما يتعلق بتفاصيل هويتي هي حقيقية وصحيحة وإعطاء أي معلومات خاطئة يمكن أن يجعل عقد التأمين باطلاً حسب شركة التأمين المؤمنة والتي تحتفظ لنفسها بالحق في إلغاء هذه الوثيقة والتخلي عن دفع الأقساط في حال تم العثور على تفاصيل الهوية بشكل غير صحيح.

ملاحظة: يجب تقديم خطاب تفويض في حالة لم يذكر اسمك في السجل التجاري

الاسم: كمال الدين حنين بايوي الجنسية: موريتانيا

رقم الهوية/الإقامة: 1.999507889 المنصب: صاحب النشاط

تصديق العرفة التجارية و الصناعية:

التوقيع:

