



طلب تأمين لبرنامج حماية	
رقم طلب التأمين	
بيانات المؤمن عليه	
الإسم بالكامل (كما هو وارد بمستند إثبات الشخصية)	
<input type="checkbox"/> ذكر	<input type="checkbox"/> أنثى
تاریخ الميلاد	
المهنة	
<input type="checkbox"/> جواز سفر	<input type="checkbox"/> بطاقة رقم قومي
نوع مستند إثبات الشخصية	رقم مستند إثبات الشخصية
رقم تليفون (1)	رقم تليفون (2)
رقم تليفون (3)	رقم تليفون (4)
البريد الإلكتروني (الخاص باستقبال المراسلات)	
عنوان المراسلات	

تفاصيل الوثيقة المطلوبة

مدة الحماية **15** عام من تاريخ إصدار الوثيقة.

معدل الدفع	جنية مصرى	مبلغ التأمين
جنية مصرى		قيمة القسط

* تتضمن قيمة القسط على الدفعات والرسوم الرقابية المقررة

طلب تأمين لبرنامج حماية

1- هل تعاني، أو هل سبق أن عانيت من (1) أمراض القلب (مثل: الأزمة القلبية، أو الام الصدر) (2) أورام، تكيسات، أو أمراض سرطانية (3) ضغط الدم المرتفع (4) مرض السكري (5) السكتة الدماغية (6) أمراض الدم والأوعية الدموية (7) أمراض المناعة (مثل: فيروس نقص المناعة المكتسب HIV)؟

2- هل تعاني من، أو هل سبق أن عانيت من (1) أي أمراض مزمنة بالجهاز الهضمي أو تنريف بالأمعاء (2) أي اضطرابات بالكلوي أو الجهاز البولي (3) أي اضطرابات بالكبد أو فيروس الكبد الوبائي B أو C (4) أي أمراض مزمنة بالرئة (5) أي اضطرابات نفسية أو عصبية (مثل الإكتئاب أو مرض الصرع)؟

3- في خلال الخمسة أعوام السابقة، هل إحتاجت حالتك التدخل الجراحي الذي استدعي ملارضة المستشفى بصورة متصلة لمدة خمسة أيام أو أكثر؟

4- هل سبق أن رفض لك طلب تأمين على الحياة، العجز الكلي، الأمراض الحرجة، أو الحوادث؟

المستفيدين من الوثيقة

الاسم بالكامل	تاریخ الميلاد	العلاقة بالمؤمن عليه	النسبة



هل تبحث عن حماية
مستقبل عائلتك في
جميع الأوقات؟



Looking to secure
your family's future
at all times?



Looking to secure your family's future at all times?

We offer you the easiest life protection product SHIELD, to guarantee your peace of mind.

A simple pre-set product with a fixed premium, and a duration of 15 years,

- Easy issuance with no medical tests
- Variety of lump sum to choose from; between 100K EGP, 250K EGP or 500K EGP
- A fixed premium for 15 years at a low cost

For more information, please reach us on any of the following:

16363

www.axa-egypt.com

wecare@axa-egypt.com

<https://www.facebook.com/AXAEgypt/>

This document is intended only as a guide. Some benefits may be subject to certain limitations and conditions.

AXA Life Insurance - Egypt S.A.E is registered under no.3192, Cairo Investment, regulated under law no. 10 for year 1981 and its executive regulations. Holds Financial Regulatory Authority License Under number 12 for year 1999



هل تبحث عن حماية مستقبل عائلتك في جميع الأوقات؟

نقدم لك أسهل منتج للتأمين على الحياة ببرنامج حماية لضمان راحة بالك.

برنامنج بسيط و مُعد مسبقاً بأقساط ثابتة لمدة 15 سنة.

- إصدار سهل للوثائق دون اختبارات طبية
- مجموعة متنوعة من المبالغ التأمينية للاختيار من بينها؛ بين 100 ألف أو 250 ألف أو 500 ألف جنيه مصرى
- قسط ثابت لمدة 15 عاماً بتكلفة منخفضة

لمزيد من المعلومات، رجاء الاتصال بنا على

16363

www.axa-egypt.com

wecare@axa-egypt.com

<https://www.facebook.com/AXAEgypt/>

هذا المستند مخصوص فقط كدليل. قد تخضع بعض المزايا لبعض القيود والشروط.

شركة أكسا لتأمينات الحياة - مصر، ش.م.م., سجل تجاري رقم 3192 استثمار القاهرة خاضعة لأحكام القانون رقم 10 لسنة 1981 وتعديلاته وحاصلة على ترخيص رقم 12 لسنة 1999 من الهيئة العامة للرقابة المالية



طريقة الدفع
القسط المبدئي

<input type="checkbox"/> تحويل من حساب بنكي	<input type="checkbox"/> دفع نقدي	<input type="checkbox"/> بطاقة إنتمان
رقم المرجع	اسم صاحب الحساب	اسم البنك
<input type="checkbox"/> نموذج خصم من كارت إنتمان	اسم مالك البطاقة	اسم الفرع
نوع بطاقة الإنتمان	Master Card	Visa Card
رقم بطاقة الإنتمان	□ □ □ - □ □ □ - □ □ □ - □ □ □	
تفصيل:		
أفرض أنا الموقع أدناه شركة أكسا لتأمينات الحياة مصر بخسم أي مبالغ تطلبها من الحساب الخاص بي عن طريق نظام الخصم المباشر / من حساب بطاقات الإنتمان من بطاقة الإنتمان في حالة قيام البنك المصدر للبطاقة بتغيير رقم البطاقة الموضحة أعلاه أو تغير تاريخ الانتهاء وإخطار الشركة لتجديده بيانات الدفع الخاصة بي.		

التاريخ	ختم البنك
رقم العميل بالبنك	

الإقرارات

1. أقر على حد علمي ومعرفتي بأن المعلومات المذكورة في هذا الطلب، وفي جميع الإقرارات المرفقة، صحيحة و كاملة بما في ذلك التي لم تتما بخط يدي ما دمت خاطئة أو إخفاء لها، كما أتفهم أن جميع البيانات الواردة بهذا الطلب، وفي جميع الإقرارات المرفقة تمثل أساساً لتقديم طلب التأمين المعتمد وإن أي إدعاء بمعلومات مصر، يكون صحيحة قد استثيرها أو قد استثيرها في المستقبل بتقديم أي معلومات تكون مطلوبة عن حالي الصحيحة لشركة أكسا لتأمينات الحياة - مصر.
2. أرخص لأي طبيب أو جهة صحيحة قد استثيرها أو قد استثيرها في المستقبل بتقديم أي معلومات تكون مطلوبة عن حالي الصحيحة لشركة أكسا لتأمينات الحياة - مصر.
3. أتفهم وكون صورة هذا الترخيص صلاحية النفاذ كالأصل تماماً.
4. أصرح لشركة أكسا لتأمينات الحياة - مصر بإصدار الوثيقة الجاري اتفاق عليها وأن فاعلية الوثيقة متوقفة على القبول المطلق عليه قبل قبول الطلب لا يلزم شركة أكسا لتأمينات الحياة - مصر بتصديقها على إصدار الوثيقة، كما أتفهم أنه في حالة عدم قبول طلب التأمين يتم رد القسط المبدئي المدفوع بعد خصم المصروف الإداري.
5. أرخص لشركة أكسا لتأمينات الحياة - مصر باستخدام المعلومات والبيانات الخاصة بـ إجراء أي تعديلات على الوثيقة عن طريق مكالمات تليفونية مسجلة من خلال رقم التلفون المحمول المذكور بطلب التأمين واتفهم مسؤوليتي الكاملة عن صحة البيانات أو القرارات المتداولة خلال هذه المكالمات، كما أقر أن رقم التلفون المحمول المذكور في طلب التأمين مملوك لي شخصياً وأن المستخدم الوحيد له و التزم ببلغ شركة أكسا لتأمينات الحياة - مصر فوراً في حال تغيير هذا الرقم أو نقله لأي شخص آخر.
6. أتفهم بأن أحظر شركة أكسا لتأمينات الحياة - مصر بآية تغيرات نظراً على صحتي قبل إصدار الوثيقة.

خاص بعمالة قنوات التسويق النكية
7. أنا على دراية كاملة بأن البنك ما هو إلا قنطرة لتسويق برامج التأمين الصادرة من شركة أكسا لتأمينات الحياة - مصر. وأن الشركة وحدتها هي المسئولة عن إصدار وثائق التأمين وتجديدها وتعديلها وإلغائها وكذلك مسئولة عن آية مطالبات تأمينية ناتجة عن هذه الوثيقة. وأن الشركة وحدتها هي المسئولة عن أحكام برامج التأمين طبقاً لقوانين و لوائح الهيئة العامة للرقابة المالية.

الإمضاءات

توقيع المؤمن عليه	التاريخ
اسم مثل شركة أكسا لتأمينات الحياة	رقم القيد بالهيئة العامة للرقابة المالية
توقيع الشركة	التاريخ