**نموذج طلب ترخيص لشركات التأمين و / أو إعادة التأمين**

**معلومات عامة**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **اسم الشركة المساهمة** |  | **يعبأ من قبل الشركة** |
| **رقم الطلب** |  | **يعبأ من قبل المؤسسة** |

**حالة الطلب**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **حالة الطلب** | | **مكتمل** | **غير مكتمل** | **توقيع المُسلم** | **توقيع المستلم** |
| **تاريخ استلام الطلب** | **/ / 14ه**  **/ / 20م** |  |  |  |  |
| **تاريخ إكمال الطلب** | **/ / 14ه**  **/ / 20م** |  |  |  |  |
| **تاريخ الموافقة** | **/ / 14ه**  **/ / 20م** | **ترخيص رقم.** | |  | |
| **تاريخ الرفض** | **/ / 14ه**  **/ / 20م** |
| **أسباب الرفض** | .....................................................................................................................................................................  .....................................................................................................................................................................  .....................................................................................................................................................................  .....................................................................................................................................................................  .....................................................................................................................................................................  .....................................................................................................................................................................  ..................................................................................................................................................................... | | | | |

**متطلبات الترخيص**

**يُقدم طلب الترخيص للمؤسسة شاملاً الآتي:**

1. تعبئة النموذج الخاص بطلب الترخيص.
2. عقد التأسيس.
3. النظام الأساس.
4. الهيكل التنظيمي.
5. دراسة الجدوى الاقتصادية.
6. خطة العمل لخمس سنوات، ويجب أن تشمل كحد أدنى ما يلي:

* فروع التأمين التي تزمع الشركة ممارسة النشاط فيها والمخاطر المرتبطة بها.
* القدرة على إسناد أو قبول اتفاقيات إعادة التأمين للفروع المراد إعادة التأمين عليها.
* خطة تسويق المنتجات.
* المصاريف المتوقعة لبدء النشاط والمصادر المالية اللازمة للتمويل.
* معدلات النمو المتوقعة للنشاط مع الأخذ في اعتبار متطلبات هامش الملاءة.
* العدد المتوقع للموظفين وخطة توظيف وتأهيل السعوديين.
* التكاليف السنوية بناءً على معدلات النمو المتوقع للنشاط.
* قوائم مالية تقديرية مرتبطة بتوقعات النمو.
* بيان بالأسس الفنية لعمليات التأمين وشهادة من خبير إكتواري تفيد أنَّ أسس ومزايا وقيود عمليات التأمين سلمية وقابلة للتنفيذ.
* خطة افتتاح فروع الشركة.

1. أي اتفاقيات مع أطراف أخرى خارج الشركة.
2. تعبئة نموذج الملاءمة للمؤسسين.
3. تعبئة نموذج الملاءمة لأعضاء مجلس الإدارة.
4. ضمان بنكي غير قابل للإلغاء بمبلغ يعادل رأس المال المطلوب صادر لصالح المؤسسة من أحد البنوك المحلية يجدد تلقائياً حتى سداد رأس المال بالكامل.

**قائمة المستندات**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **تعبأ من قبل مقدم الطلب** | **المستندات** | **تعبأ من قبل المؤسسة** |
| 🞎 | تعبئة نموذج طلب الترخيص وتوقيعه. | 🞎 |
| 🞎 | عقد التأسيس. | 🞎 |
| 🞎 | مسودة النظام الأساسي للشركة. | 🞎 |
| 🞎 | الهيكل التنظيمي للشركة. | 🞎 |
| 🞎 | دراسة الجدوى الاقتصادية للشركة. | 🞎 |
| خطة العمل | | |
| 🞎 | * فروع التأمين التي تزمع الشركة ممارسة النشاط فيها والمخاطر المرتبطة | 🞎 |
| 🞎 | * القدرة على إسناد أو قبول اتفاقيات إعادة التأمين للفروع المراد إعادة التأمين عليها. | 🞎 |
| 🞎 | * خطة تسويق المنتجات. | 🞎 |
| 🞎 | * المصاريف المتوقعة لبدء النشاط والمصاريف المالية اللازمة للتمويل. | 🞎 |
| 🞎 | * معدلات النمو المتوقعة للنشاط مع الأخذ في الاعتبار متطلبات هامش الملاءة. | 🞎 |
| 🞎 | * العدد المتوقع للموظفين وخطة التوظيف وتأهيل السعوديين. | 🞎 |
| 🞎 | * التكاليف السنوية بناءً على معدلات النمو المتوقع للنشاط. | 🞎 |
| 🞎 | * قوائم مالية تقديرية مرتبطة بتوقعات النمو. | 🞎 |
| 🞎 | * بيان بالأسس الفنية لعمليات التأمين وشهادة من خبير إكتواري تفيد أنَّ أسس ومزايا وقيود عمليات التأمين سليمة وقابلة للتنفيذ. | 🞎 |
| 🞎 | * خطة افتتاح فروع الشركة. | 🞎 |
| 🞎 | الاتفاقية المبدئية لإعادة التأمين. | 🞎 |
| 🞎 | ضمان بنكي. | 🞎 |
| 🞎 | تعبئة استبانة ملاءمة المؤسسين. | 🞎 |
| 🞎 | خطة الشركة في الإدارة مع تعبئة استبانة الملاءمة للإدارة. | 🞎 |

**قائمة البيانات الأساسية**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **عنوان الشركة:** | |  | | | |
| **أسماء المؤسسين** | | | | | |
| **م** | **اسم المؤسس** | | | | **نسبة الملكية (%)** |
| **1** |  | | | |  |
| **2** |  | | | |  |
| **3** |  | | | |  |
| **4** |  | | | |  |
| **5** |  | | | |  |
| **6** |  | | | |  |
| **7** |  | | | |  |
| **8** |  | | | |  |
| **9** |  | | | |  |
| **10** |  | | | |  |
| **تاريخ بداية العمل المتوقع:** | | **/ / 14ه الموافق / / 20م** | | | |
| **اسم ضابط الاتصال:** | |  | **رقم الهاتف:** |  | |
| **رقم الفاكس:** | |  | **صندوق البريد:** |  | |
| **البريد الإلكتروني:** | |  | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **إقرار وتعهد** | |
| أقرّ بموجب هذا أنني قد أطلعت وقرأت نظام مراقبة شركات التأمين التعاوني ولائحته التنفيذية واللوائح والقواعد والتعليمات الصادرة عن المؤسسة، وأعلم أن تقديم أيَّ معلومات غير صحيحة أو مضللة للمؤسسة أو لأي جهة أو لأي شخص طبيعي أو اعتباري حول ممارسة الأعمال التجارية في المملكة، سواءٌ كان ذلك عن علم أو لعدم المبالاة أو التقصير، يعتبر مخالفة تستوجب العقوبة بموجب أحكام نظام مراقبة شركات التأمين التعاوني، وأقّر بأنني سوف أقوم بإخطار المؤسسة بأيَّ معلومات أو تغيرات مهمة من شأنها أن تـؤثر علـى دقـة واكتمال المعلومات المقدمة وذلك خلال مدة أقصاها (21) يوماً من حصولي على تلك المعلومـات أو مـن حدوث التغيير، كما أقرّ بأنه قد تم تسليم الطلب وهو مكتمل المتطلبات وذلك حسب قائمة المتابعة، وفي حالة مخالفتي لذلك سوف أكون عرضة لأي عقوبة يقررها النظام.  **الاسم**: .......................................................................... **التاريخ**: ......................................................................................................  **التوقيع**: ...................................................................... **الختم**: ......................................................................................................  **الوظيفة**:........................................................................................................................................................................................................ | |
| **مصادقة مقدمي الطلب:** | |
| **اسم الشركة:** |  |
| **مفوض الشركة:** |  |
| **الوظيفة:** |  |
| **التاريخ:** |  |

**للاستفسارات يمكنكم التواصل من خلال البريد الالكتروني (IC.LIC@SAMA.GOV.SA).**