

## صندوق حماية المستثمر

### بيانات شخصية

الاسم :	الكود موحد :
تاريخ الميلاد :	محل الميلاد :
الجنسية :	رقم تحقيق الشخصية :
نوع تحقيق الشخصية :	رقم قومي <input type="checkbox"/> شخصيه <input type="checkbox"/> عائليه <input type="checkbox"/> جواز سفر <input type="checkbox"/>
عنوان المنزل :	المدينة
عنوان المراسلات :	المحافظة
تليفون المنزل :	الرقم البريدي
عنوان البريد الالكتروني للمراسلات :	التليفون :

### بيانات الجهة المشكو في حقها

اسم الشركة :	نشاط الشركة :
اسم الموظف الذي تعاملت معه :	وظيفته في الشركة :
عنوان الشركة :	المحافظة :
	التليفون :

### نوع الخطر المشكو منها

عدم تنفيذ الاوامر حسب رغبة العميل	<input type="checkbox"/>	تنفيذ تعاملات على غير رغبة العميل	<input type="checkbox"/>
تزوير في كشف الحساب	<input type="checkbox"/>	إبداء بغرض الشراء ولم يتم الشراء	<input type="checkbox"/>
الاستيلاء على الرصيد النقدي الدائن	<input type="checkbox"/>	تحصيل عمولات بخلاف المتفق	<input type="checkbox"/>
الشطب الإجباري للأوراق المالية	<input type="checkbox"/>	شطب حق الإكتتاب	<input type="checkbox"/>

قيمة المطالبه :

تاريخ الواقعة محل الشكوى :
تاريخ إكتشاف الواقعة محل الشكوى :

### المستندات التي تدعم شكواك

صورة إيصالات إيداع او شيكات	<input type="checkbox"/>	عقد فتح الحساب	<input type="checkbox"/>
إيصالات سحب نقديه	<input type="checkbox"/>	صورة كشف حساب نقدي وورقي	<input type="checkbox"/>
كشف حركة تعامل	<input type="checkbox"/>	صور إيصالات إيداع أوراق ماليه	<input type="checkbox"/>
أخرى	<input type="checkbox"/>	كشف برصيد حق الإكتتاب للشاكي	<input type="checkbox"/>

### ماهي الاجراءات التي اتخذتها قبل تقديمك الشكوى

هل قمت بالاتصال بالشركه محل الشكوى ؟	لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>
هل بلغت شكواك الى جهات اخرى ؟	لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>
اذا كانت اجابتك بنعم اذكر تلك الجهات		

جهات قضائية	<input type="checkbox"/>	شركة مصر للمقاصه والتسويه	<input type="checkbox"/>
هيئة الرقابه الماليه	<input type="checkbox"/>	أخرى : ( )	<input type="checkbox"/>

### اجراءات التقاضي

هل اتخذت اية اجراءات قانونيه بشأن التقاضي بشأن هذه الشكوى ؟	لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>
في حالة الاجابه بنعم اذكر تلك الاجراءات تفصيلياً		
أقر انا الموقع ادناه بان جميع البيانات الوارده بال نموذج هي بيانات صحيحة و على مسنوليتي الشخصية		
الاسم :	التوقيع :	التاريخ :

موضوع الشكوى

أقر أنا الموقع أدناه بأن جميع البيانات الواردة بالنموذج هي بيانات صحيحة و على مسئوليتي الشخصية  
الاسم : التوقيع : التاريخ :

العنوان : مبنى مصر لنشر المعلومات EGID - الدور الثالث - قطعه رقم 72 - القطاع الأول متفرع من ش التسعين الجنوبي - التجمع الخامس - القاهره الجديده  
تليفون : (202)21239100

[www.IPF.com.eg](http://www.IPF.com.eg)