

نموذج طلب حمايتي الإضافية - خطة التكافل العائلي

Application Form for HEMAYATI PLUS - Family Takaful Plan

1. Details of Covered Member (as per the Passport / Emirates ID):		1. تفاصيل العضو المغطى (حسب جواز السفر/ بطاقة الهوية):	
الاسم الأول Forename:	اسم العائلة Family Name:		
رقم بطاقة الهوية/جواز السفر ID/Passport No:	تاريخ الولادة Date of Birth: DD / MM / YYYY	بلد الولادة Birth Country:	
الجنسيات/الإقامات الدائمة Nationalities/Permanent Residencies:	الجنس Gender:	<input type="checkbox"/> ذكر Male	<input type="checkbox"/> أنثى Female
البريد الإلكتروني E-mail:			
هاتف المنزل/المحمول Home/Mobile Tel:			
هاتف المكتب Office Tel:			
اسم صاحب العمل والعنوان Employer Name & Address:	صندوق بريد P.O. Box:		
عنوان المراسلة Correspondence Address:	صندوق بريد P.O. Box:		
2. Underwriting Question(s):		2. سؤال (أسئلة) الإكتتاب:	
Have you ever suffered from or been treated for any form of disability or medical condition such as: Heart Disease including Angina / Heart Attack / Raised Cholesterol / High Blood Pressure/ Stroke / Diseases of the Nervous System / Cancer or Tumor/ Kidney Disease / Diabetes / Musculo – Skeletal Disorders such as Paraplegia/ Liver Disease including but not limited to Hepatitis / Lung Disease / Digestive System Disease or Disorder / Any Mental or Nervous Disorders such as Depression / Any Sexually Transmitted Diseases / AIDS or an AIDS related disorder or are there any medical conditions or circumstances not mentioned above which may affect the risk of insurance on your life ?		هل سبق أن عانيت أو تلقيت علاجاً لأي عجز أو حالة طبية مثل: أمراض القلب بما فيها الذبحة الصدرية / نوبة قلبية / ارتفاع نسبة الكوليسترول / سكتة دماغية/ أمراض الجهاز العصبي / سرطان أو أورام خبيثة / أمراض الكلى / مرض السكري / الاضطرابات العصبية الهيكلية مثل الشلل النصفى / أمراض الكبد على سبيل المثال لا الحصر إتهاب الكبد / أمراض الرئة / أمراض أو اضطرابات الجهاز الهضمي/ أي اضطرابات نفسية أو عصبية مثل الإكتئاب / أي أمراض منقولة عن طريق الاتصال الجنسي / نقص المناعة، الإيدز أو ذات صلة به أو أي حالات طبية أو ظروف لم يرد ذكرها أعلاه والتي قد تؤثر على مخاطر التأمين على حياتك؟	
نعم Yes <input type="checkbox"/>		كلا No <input type="checkbox"/>	
Note: 1. AED 500,000 is the maximum amount that can be availed as life cover by a member under all HEMAYATI PLUS plans with SALAMA. 2. Please note that the plan will be declined if the answer to the above question(s) is "Yes".		ملاحظة: 1. تقدم سلامة للعضو المغطى تغطية أقصاها ٥٠٠,٠٠٠ درهم إماراتي لجميع خطط حمايتي الإضافية. 2. سيتم رفض التغطية إذا كانت الإجابة على السؤال (الأسئلة) المذكورة أعلاه "نعم".	

3. Contribution for Plan Term 5, 10 and 15 years
(Please tick chosen option as per age band):٣. مساهمة الخطة لمدة ٥، ١٠ و ١٥ سنة
(الرجاء الاختيار حسب العمر الأقرب إلى تاريخ الولادة):

العمر Age	طريقة الدفع Fre- quency	جدول المساهمة ومنفعة الحماية (درهم إماراتي) / Contribution Chart and Protection Benefit (in AED)														
		AED 100,000			AED 200,000			AED 300,000			AED 400,000			AED 500,000		
		مدة الخطة (بالسنوات) / Plan Term (in years)														
		5	10	15	5	10	15	5	10	15	5	10	15	5	10	15
٢٩-١٨ 18-29	شهرياً Monthly	<input type="checkbox"/> 28	<input type="checkbox"/> 35	<input type="checkbox"/> 37	<input type="checkbox"/> 39	<input type="checkbox"/> 66	<input type="checkbox"/> 71	<input type="checkbox"/> 55	<input type="checkbox"/> 97	<input type="checkbox"/> 103	<input type="checkbox"/> 70	<input type="checkbox"/> 125	<input type="checkbox"/> 134	<input type="checkbox"/> 83	<input type="checkbox"/> 149	<input type="checkbox"/> 167
	سنوياً Annual	<input type="checkbox"/> 300	<input type="checkbox"/> 385	<input type="checkbox"/> 407	<input type="checkbox"/> 429	<input type="checkbox"/> 726	<input type="checkbox"/> 781	<input type="checkbox"/> 605	<input type="checkbox"/> 1,067	<input type="checkbox"/> 1,133	<input type="checkbox"/> 770	<input type="checkbox"/> 1,375	<input type="checkbox"/> 1,474	<input type="checkbox"/> 913	<input type="checkbox"/> 1,639	<input type="checkbox"/> 1,837
٣٩-٣٠ 30-39	شهرياً Monthly	<input type="checkbox"/> 32	<input type="checkbox"/> 37	<input type="checkbox"/> 42	<input type="checkbox"/> 48	<input type="checkbox"/> 72	<input type="checkbox"/> 80	<input type="checkbox"/> 68	<input type="checkbox"/> 105	<input type="checkbox"/> 116	<input type="checkbox"/> 86	<input type="checkbox"/> 136	<input type="checkbox"/> 150	<input type="checkbox"/> 103	<input type="checkbox"/> 162	<input type="checkbox"/> 188
	سنوياً Annual	<input type="checkbox"/> 350	<input type="checkbox"/> 407	<input type="checkbox"/> 462	<input type="checkbox"/> 528	<input type="checkbox"/> 792	<input type="checkbox"/> 880	<input type="checkbox"/> 748	<input type="checkbox"/> 1,155	<input type="checkbox"/> 1,276	<input type="checkbox"/> 946	<input type="checkbox"/> 1,496	<input type="checkbox"/> 1,650	<input type="checkbox"/> 1,133	<input type="checkbox"/> 1,782	<input type="checkbox"/> 2,068
٤٩-٤٠ 40-49	شهرياً Monthly	<input type="checkbox"/> 57	<input type="checkbox"/> 70	<input type="checkbox"/> 79	<input type="checkbox"/> 108	<input type="checkbox"/> 133	<input type="checkbox"/> 154	<input type="checkbox"/> 155	<input type="checkbox"/> 194	<input type="checkbox"/> 224	<input type="checkbox"/> 196	<input type="checkbox"/> 251	<input type="checkbox"/> 305	<input type="checkbox"/> 234	<input type="checkbox"/> 313	<input type="checkbox"/> 381
	سنوياً Annual	<input type="checkbox"/> 627	<input type="checkbox"/> 770	<input type="checkbox"/> 869	<input type="checkbox"/> 1,188	<input type="checkbox"/> 1,463	<input type="checkbox"/> 1,694	<input type="checkbox"/> 1,705	<input type="checkbox"/> 2,134	<input type="checkbox"/> 2,464	<input type="checkbox"/> 2,156	<input type="checkbox"/> 2,761	<input type="checkbox"/> 3,355	<input type="checkbox"/> 2,574	<input type="checkbox"/> 3,443	<input type="checkbox"/> 4,191
٥٥-٥٠ 50-55	شهرياً Monthly	<input type="checkbox"/> 168	<input type="checkbox"/> 196	<input type="checkbox"/> 243	<input type="checkbox"/> 320	<input type="checkbox"/> 373	<input type="checkbox"/> 472	<input type="checkbox"/> 458	<input type="checkbox"/> 543	<input type="checkbox"/> 686	<input type="checkbox"/> 581	<input type="checkbox"/> 702	<input type="checkbox"/> 888	<input type="checkbox"/> 692	<input type="checkbox"/> 893	<input type="checkbox"/> 1,110
	سنوياً Annual	<input type="checkbox"/> 1,848	<input type="checkbox"/> 2,156	<input type="checkbox"/> 2,673	<input type="checkbox"/> 3,520	<input type="checkbox"/> 4,103	<input type="checkbox"/> 5,192	<input type="checkbox"/> 5,038	<input type="checkbox"/> 5,973	<input type="checkbox"/> 7,546	<input type="checkbox"/> 6,391	<input type="checkbox"/> 7,722	<input type="checkbox"/> 9,768	<input type="checkbox"/> 7,612	<input type="checkbox"/> 9,823	<input type="checkbox"/> 12,210

4 (a). Beneficiary Details:

٤. (أ) تفاصيل المستفيد:

الإسم الكامل
Full Name:صلة القرابة بالعضو المغطى
Relationship to Covered Member:تاريخ الولادة / العمر الأقرب إلى تاريخ الولادة
Date of Birth/Age (Nearest Birthday):نسبة الحصة %
Percent Share (%):4 (b). If any of the Beneficiary is a minor (under 18 years),
please provide guardian details:٤. (ب) إذا كان أي من المستفيدين قاصر
(تحت سن ١٨)، الرجاء تزويدنا بالتفاصيل عن الوصي:الإسم الكامل
Full Name:تاريخ الولادة / العمر الأقرب إلى تاريخ الولادة
Date of Birth/Age (Nearest Birthday):صلة القرابة بالمستفيد
Relationship to Beneficiary:* Please note that Covered Member cannot be the Guardian or
Beneficiary.* الرجاء الملاحظة أن العضو المغطى لا يمكن أن يكون
الوصي أو المستفيد.

5: Declaration and Authorization

٥: إقرار وتوقيع

Under penalties of perjury, I/we hereby declare to the best of my/our knowledge and belief that all statements and answers in this application together with those in any required medical examination, questionnaire or amendments are full, complete and true, whether in my/our hand writing or not and shall be the basis of Takaful Contract. I/We further certify under penalties of perjury that:

- I/We confirm that I/we have not concealed any material fact (a material fact is one that could influence the assessment of the Application) and understand the failure to disclose a material fact may invalidate Takaful Benefit.
- I/We agree that the Operator shall not be liable for any claim on account of illness, injury or death, the cause of which was known prior to approval of my/our request for assurance withheld or concealed in the above statements.
- I/We hereby authorize any Person, Physician, Hospital, Clinic, Institution, Insurance, Reinsurance, Retakaful, and/or any other Organization that has any records, application or knowledge of me/us and my/our family members to give to SALAMA any and all information about me/us and my/our family members and copy of records with reference to health, financial circumstances, medical history, physical / mental health, any hospitalization, medical advice, diagnosis, treatment, disease and/or ailment. I/ We also authorize Operator to obtain and share, from any source it deems appropriate, information concerning my/our financial, professional and/or personal status. A photocopy of this authorization shall be valid as legally original.
- I/We agree to inform the Operator in writing of any change in any medical or financial circumstances between the date of this Application and the issuance of Plan Schedule.
- I/We also understand that the Operator has the right to cancel my/our application for Takaful coverage if the contribution is not received by the Company or if any of the requirements asked by the Company is not provided by me/us within 90 days from the date of submission of Application.
- I/We declare that Islamic Arab Insurance Company - SALAMA (Operator) will manage my/our contribution under Wakalah Principles as per standard Plan Terms and Conditions.
- I/We agree that there shall be no contract, unless a Plan is issued and full first contribution paid thereon, provided no change shall have occurred in the insurability of the proposed Covered Member(s) since completion of the Application.

Plan Document Delivery Declaration:

- I/We understand that the effective date of cover shall be the Plan Commencement Date as shown in the Plan Schedule. I/We agree to accept delivery of the duly issued Plan through one of the following delivery modes:
 - By Courier to the correspondence address
 - By registered mail to P.O. Box specified in my application form.
 - By email to the email address specified in my application form.
 - By Authorized Representative to the correspondence address specified in my application form.
- I/We understand that Delivery of the Plan Documents by any of the above methods and the full payment of my/our first contribution are construed as my/our acceptance of all the conditions including those stated in the Plan Schedule and any Endorsement(s) to the said Plan and Additional Benefits attached thereto, if and when it is issued by Operator, as per my/our application.
- Personal Data: I/We hereby provide Operator my/our unambiguous consent, to process, share, and transfer my Personal Data* to a recipient outside the country (e.g. to Operator's Group Office and/or to other branches and / or affiliates) where the transfer, sharing, is necessary for the performance of the contract or for the compliance with any legal obligation to which Operator is subject to and where necessary transfer, share any such information with the regulators and other law enforcement agencies for the performance of its obligations related to the international sanctions and other regulations applicable to Operator.

Personal Data means all information relating to me/us (whether marked "personal" or not) disclosed to Operator by whatever means either directly or indirectly which concerns, including but not limited to, medical conditions, treatments, prescriptions, business, operations, contract details, account balances/activities or any transactions undertaken with Operator.

- I/We hereby authorize Operator to send me/us notifications and notices via Short Message Service (SMS) and I/we accept receiving SMS and understand that Operator makes no warranty that the SMS will be uninterrupted or error free and any such error or interruption shall not be deemed or treated in any way whatsoever to create any liability on Operator and I/we acknowledge that I/we shall not file any complaint or claim against Operator for any SMS error or interruption or for any reason related to receiving/not receiving SMS.

أقر/نقر، تحت عقوبة شهادة الزور، وحسب علمي واعتقادي بأن جميع التصريحات والأجوبة الواردة في هذا الطلب وتلك الواردة في أي فحص طبي أو استبيان أو تعديلات مطلوبة كاملة وتامة وحقيقية سواء كانت مكتوبة بخط اليد أم لا وأنها ستشكل أساس عقد التكافل، كما أشهد/نشهد تحت عقوبة شهادة الزور بما يلي:

- أؤكد/نؤكد أنني/أنتنا لم أخفي/نخفي أي حقائق جوهرية (الحقيقة الجوهرية هي التي قد تؤثر على تقييم الطلب) وأدرك/ندرك أن عدم الإفصاح عن الحقائق الجوهرية قد يلغي منفعة التكافل.
- أوافق/نوافق أن شركة التأمين غير مسؤولة عن أي مطالبة بسبب المرض أو الإصابة أو الوفاة والتي يكون سببها معروفاً قبل الموافقة على طبي/طلبنا للتأمين أو إذا تم حجبها أو إخفائها في التصريحات المذكورة أعلاه.
- أفوض/نفوض أي شخص وأو طبيب وأو مستشفى وأو عيادة وأو مؤسسة وأو شركة تأمين وأو شركة إعادة تأمين وأو شركة تكافل وأو أي منظمة أخرى لديها أي سجلات أو طلب أو معرفة خاصة بأفراد عائلتي/عائلتنا بأن تعطي سلامة أي معلومة أو كل المعلومات المتعلقة بأفراد عائلتي/عائلتنا ونسخة من السجلات المتعلقة بالصحة وأو الظروف المالية وأو التاريخ الطبي وأو الصحة البدنية / النفسية وأو أي دخول للمستشفى وأو استشارة طبية وأو تشخيص وأو علاج وأو مرض وأو علة. كما أفوض/نفوض شركة التأمين بأن تحصل على وتبادل، من ومع أي مصدر تراه مناسباً، المعلومات التي تتعلق بوضعي/بوضعنا المالي وأو المهني وأو الشخصي. وتعتبر صورة من هذا التفويض صالحة كما لو كانت نسخة أصلية قانونية.
- أوافق/نوافق على إبلاغ شركة التأمين كتابةً بأي تغيير في الأحوال الطبية أو المالية بين تاريخ هذا الطلب وإصدار الخطة.
- أدرك/ندرك أيضاً أن لشركة التأمين الحق في إلغاء طبي/طلبنا للحصول على تغطية التكافل إذا لم تستلم الشركة المساهمة أو إذا لم أستوف/نستوف أيًا من الشروط المطلوبة من قبل الشركة في غضون ٩٠ يوماً من تاريخ تقديم الطلب.
- أقر/نقر أن الشركة الإسلامية العربية للتأمين - سلامة (الشركة) ستتولى إدارة مساهمتي بموجب مبادئ الوكالة وفقاً لشروط وأحكام الخطة المعيارية.
- أوافق/نوافق على عدم وجود عقد ما لم يتم إصدار الخطة ودفع المساهمة الأولى كاملة عنها وشريطة عدم حدوث أي تغيير في القابلية للتأمين بالنسبة للعضو (الأعضاء) المقترح المشمول بالتغطية منذ إستكمال الطلب.

إقرار تسليم مستندات الخطة:

- أدرك/ندرك أن تاريخ سريان التغطية يحل في تاريخ بدء الخطة كما هو مبين في جدول الخطة. وأوافق/نوافق على قبول إستلام الخطة الصادرة أصولاً من خلال إحدى طرق التسليم التالية:
 - عن طريق خدمات البريد على عنوان المراسلات.
 - البريد المسجل على صندوق البريد المحدد في نموذج الطلب.
 - البريد الإلكتروني على عنوان البريد الإلكتروني المحدد في نموذج الطلب.
 - من قبل مندوب مفوض على عنوان المراسلات المحدد في نموذج الطلب.
- أدرك/ندرك أن تسليم مستندات الخطة من خلال إحدى الطرق المذكورة أعلاه ودفع أول مساهمة كاملة يفسران على أنهما قبول لكافة الشروط بما في ذلك تلك الواردة في جدول الخطة وأي ملاحق تأمين مرفقة بالخطة المذكورة والمنافع الإضافية المرفقة بها إذا وعندما تصدر من جانب الشركة، وفقاً لطبي/طلبنا.
- البيانات الشخصية: أقدم/نقدم بموجب هذا لشركة التأمين موافقتي/موافقتنا القاطعة على معالجة وتبادل ونقل بياناتي الشخصية* إلى جهة مستلمة خارج الدولة (مثل مكتب مجموعة الشركة وأو الفروع الأخرى وأو الشركات التابعة) حيثما يكون النقل والتبادل ضروري لتنفيذ العقد أو للامتثال لأي التزام قانوني تخضع له شركة التأمين، وعند الضرورة نقل وتبادل أي من هذه المعلومات مع الجهات التنظيمية وأجهزة إنفاذ القانون الأخرى لئلا تؤدي التزاماتها المتعلقة بالعقوبات الدولية والإجراءات الرقابية الأخرى السارية على شركة التأمين.

بيانات الشخصية هي جميع المعلومات المتعلقة بي/بنا (سواء كانت مصنفة «شخصية» أو «غير شخصية») التي يتم الإفصاح عنها إلى شركة التأمين بأي وسيلة كانت سواء بشكل مباشر أو غير مباشر والتي تتعلق، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر، بالأحوال الطبية أو العلاجات أو الوصفات الطبية أو الأعمال أو العمليات أو تفاصيل الاتصال أو أرصدة الحساب/الأنشطة أو أي معاملات تقوم بها شركة التأمين.

- أفوض/نفوض شركة التأمين بإرسالتي/إرسالنا الإشعارات والإخطارات من خلال خدمة الرسائل القصيرة وأقبل/نقبل استلام رسائل قصيرة وأدرك/ندرك أن شركة التأمين لا تضمن عدم انقطاع الرسائل القصيرة أو خلوها من الأخطاء وأن أي انقطاع أو خطأ لا يعتبر أو يعامل بأي طريقة كانت بأنه ينشئ مسؤولية على شركة التأمين وأقر/نقر أنني/أنتنا لن أقدم/نقدم أي شكوى أو مطالبة بحق شركة التأمين عن أي خطأ أو انقطاع في خدمة الرسائل القصيرة لأي سبب يتعلق باستلام/عدم استلام الرسائل القصيرة.

<p>E-MAIL DECLARATION: By providing your e-mail address and signing this application you agree to receive the Plan document, certificate and/or any other documents ["Documents"] via electronic mail ["E-mail"]. Please note that it is your responsibility to ensure that the e-mail address you have provided is correct at all times.</p> <p>a) Operator is not responsible for non-receipt of e-mails due to invalid e-mail addresses or other technical problems related to your e-mail service.</p> <p>b) If you would like to change your e-mail address with Operator, or if you would like a paper copy of the Documents, or if you believe that you have not received your Documents, please notify us immediately.</p> <p>c) You consent to provide your e-mail address to be included in Operator's e-mail list and accept any inherent risks involved with e-mail communications.</p>	<p>البريد الإلكتروني: بتزويد عنوان بريدك الإلكتروني والتوقيع على هذا الطلب فإنك توافق على استلام مستند الخطة وأو الشهادة وأو أي مستندات أخرى ("المستندات") من خلال "البريد الإلكتروني". ويرجى العلم أنك مسؤول عن التأكد من صحة عنوان البريد الإلكتروني الذي قدمته في كل الأوقات.</p> <p>(أ) شركة التأمين غير مسؤولة عن عدم استلام البريد الإلكتروني بسبب عناوين بريد إلكتروني غير صحيحة أو مشكلات فنية أخرى تتعلق بخدمة البريد الإلكتروني الخاصة بك.</p> <p>(ب) إذا كنت ترغب في تغيير عنوان بريدك الإلكتروني لدى شركة التأمين أو إذا كنت ترغب في نسخة ورقية من المستندات أو إذا كنت تعتقد أنك لم تستلم مستنداتك، يرجى إبلاغنا في الحال.</p> <p>(ج) إنك توافق على تقديم عنوان بريدك الإلكتروني ليُدْرَج ضمن قائمة البريد الإلكتروني لشركة التأمين وتقبل المخاطر الكامنة المرتبطة بمراسلات البريد الإلكتروني.</p>
<p>By signing this Takaful application/quotation, you hereby authorize SALAMA - Islamic Arab Insurance Company (P.S.C.), to obtain a credit report from Al Etihad Credit Bureau (AECB). SALAMA may use the credit report for any purpose that would be authorized by applicable law in connection with a credit transaction involving you and involving the extension of credit to you or review or collection of your account. SALAMA may obtain your credit report or share your financial information with Al Etihad Credit Bureau at any time that SALAMA deem it necessary in SALAMA sole discretion.</p>	<p>يتوقعك على الطلب/عرض التناقل ، فأنت بذلك تفوض سلامة - الشركة الإسلامية العربية للتأمين (ش.م.ع.) ، للحصول على تقرير ائتمان من مكتب الاتحاد الائتماني (AECB). ويجوز ل«سلامة» استخدام تقرير الائتمان لأي غرض يكون مصرحاً به بموجب القانون المعمول به فيما يتعلق بمعاملاتك الائتمانية وتتضمن تمديد رصيدك أو مراجعة حسابك أو تحصيله. كما يجوز لشركة سلامة الحصول على تقرير الائتمان الخاص بك أو مشاركة معلوماتك المالية مع مكتب الاتحاد الائتماني في أي وقت ترى فيه سلامة أنه ضروري وفقاً لتقدير سلامة وحدها.</p>

6: Payment Authorization

6: تفويض بالدفع

سيتم تسديد الدفعة الأولى والدفعات المستحقة اللاحقة بحسب المعلومات الواردة أدناه:

First and subsequent contributions due will be charged/debited based on the information provided below:	أمر دفع دائم Standing Instruction	الشيك Cheque
طريقة الدفع Mode of Payment:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
بطاقة الائتمان Credit Card	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Credit Card Number رقم بطاقة الائتمان	<input type="text"/>	<input type="text"/>

الرجاء تزويدنا بنسخة عن الجهة الامامية لبطاقة الائتمان أو الأمر المصرفي القائم / Please attach copy of front side of Credit Card or Standing Instruction

نوع بطاقة الائتمان Credit Card Type	فيزا Visa	ماستر Master	تاريخ الإنتهاء Expiry Date	الشهر Month	السنة Year
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

أمر دفع مصرفي:
أفوض سلامة / البنك بالسحب من بطاقة الائتمان الخاصة بي أو الخصم من حسابي المصرفي وإيداع المبلغ في الحساب المصرفي الخاص بسلامة وفقاً لطريقة الدفع والمساهمة المحددة في القسم 3.

Covered Member IBAN للعضو المغطى	رقم حساب البنكي الدولي (IBAN)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

تاريخ البدء Start Date:	DD	MM	YYYY	تاريخ الإنتهاء End Date:	DD	MM	YYYY
----------------------------	----	----	------	-----------------------------	----	----	------

I have received a copy of the Plan documents. I confirm that the Distribution Channel Representative has not made any verbal or written communication, electronic file or any other material that is different from the Plan documents.

استلمت نسخة من مستند الخطة ولم يتم ممثل قناة التوزيع بتقديم أي إفادات شفوية أو مكتوبة أو ملف إلكتروني أو أي مادة أخرى تختلف عن هذا المستند.

توقيع العضو المغطى / حامل بطاقة الائتمان Signature of Covered Member / Credit Card Holder	المدينة/الإمارة City/Emirate	التاريخ (يوم/شهر/سنة) Date (DD/MM/YYYY)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

I certify that this document has been presented to the applicant and that I have explained it to the Applicant/Plan Holder. Further, I confirm that I have disclosed all charges to the client. I have made no statements in any form that are inconsistent with the Plan documents.

أقر بأن هذا المستند قد تم تقديمه إلى مقدم الطلب وأني قد أوضحت جميع العناصر للعميل، وعلاوة على ذلك، أؤكد أنني قد أفصحت عن جميع التحويلات والتبعات الخاصة بإدارة الصندوق للعميل، ولم أقدم أي إفادات بخلاف ما جاء في مستند التوضيح.

ممثل قناة التوزيع Distribution Channel Representative:	الرمز Code:	الإمارة/الفرع Emirates/Branch:	الإمضاء Signature:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>