

## نموذج طلب "حماية الإضافة" خطة تكافل العائلة "بيتي الإضافة" خطة الحماية المالية

### Application Form For "Hemaya Plus" Family Takaful Plan "Baity Plus" Finance Protection Plan

#### INSTRUCTIONS FOR FILLING THE APPLICATION FORM

- Please complete this application in English and BLOCK CAPITALS and enclose certified copies of identification documents of the Plan Holder and Covered Member(s). Please do not leave any field blank or incomplete. A copy of this Application Form is available upon request.
- Any changes made on the Application Form should be countersigned by Plan Holder and Covered Member(s).
- This form complies with the regulatory requirement of the Insurance Authority (UAE) regarding Anti Money Laundering and combating Terrorism Financing Procedures.
- Free Look Period is applicable as per Plan Terms and Conditions.
- Please ensure that the answers in this form are correct.

#### تعليمات لملء نموذج الطلب

- يرجى استكمال هذا النموذج باللغة العربية بخط كبير وإرفاق نسخة مصدقة من وثيقة الهوية لحامل الخطة والعضو المغطى (الأعضاء المشمولين بالتغطية). يرجى عدم ترك أي حقل فارغ أو غير مكتمل. نسخة من هذا النموذج متاحة عند الطلب.
- أي تغييرات يطرأ على نموذج الطلب يجب أن يوقع من قبل حامل الخطة والعضو المغطى (الأعضاء المشمولين بالتغطية).
- هذا النموذج يتوافق مع المتطلبات التنظيمية لهيئة التأمين (الإمارات العربية المتحدة) المتعلقة بإجراءات مكافحة غسل الأموال وتمويل الإرهاب.
- تُطبق فترة التجربة المجانية وفقاً للكام وشروط هذه الخطة.
- يرجى التأكد من أن اللجوء الواردة في هذا النموذج صحيحة.

### SECTION 1: PERSONAL DETAILS

### القسم ١: التفاصيل الشخصية

#### 1.1. DETAILS OF FIRST COVERED MEMBER (as shown in the identification document)

#### ١-١ تفاصيل العضو المغطى الأول (كما هو موضح في وثيقة الهوية)

الإسم الأول Forename:	إسم العائلة Family Name:					
الجنس Gender:	<input type="checkbox"/> ذكر Male	<input type="checkbox"/> أنثى Female	الحالة الإجتماعية Marital Status:	الجنسية/الإقامات الدائمة Nationality/Permanent Residencies:		
رقم بطاقة الهوية/جواز السفر ID/Passport No.						
تاريخ الولادة Date of Birth:	D	D	M	M	Y Y	بلد الولادة Birth Country:
الإقامة Residency:	<input type="checkbox"/> مقيم في دولة الإمارات UAE Resident:	<input type="checkbox"/> مقيم في دول الخليج GCC Resident:	<input type="checkbox"/> غير مقيم Non Resident:			
طبيعة العمل Nature of Business:						
الأسئلة الموضحة أدناه لا تنطبق على موظفي القوات المسلحة الإماراتية. الرجاء المتابعة من "عنوان المراسلة" Below highlighted questions are not applicable for UAE Armed Forces employees. Please continue from "Correspondence Address"						
إسم صاحب العمل والعنوان Employer Name & Address:					صندوق بريد P.O. Box:	
الواجبات اليومية المحددة Exact Daily Duties:					المهنة Occupation:	
CORRESPONDENCE ADDRESS						
عنوان المراسلة						
رقم الشقة/المنزل Apartment / House No:	رقم البناية Building No:					
إسم الشارع Street Name:	المدينة City:					
البلد Country:	صندوق بريد P.O. Box:					
رقم هاتف المنزل/العمل Home/Office Tel. No:	رقم الفاكس Fax No:	رقم الهاتف المتحرك Mobile No:				
البريد الإلكتروني Email:						
HOME COUNTRY ADDRESS						
العنوان في بلد الموطن						
رقم الشقة/المنزل Apartment / House No:	رقم البناية Building No:					
إسم الشارع Street Name:	المدينة City:					
البلد Country:	صندوق بريد P.O. Box:					

٢-١ تفاصيل العضو المغطى الثاني  
(كما هو موضح في وثيقة الهوية)

1.2. DETAILS OF SECOND COVERED MEMBER  
(as shown in the identification document)

علاقة العضو المغطى الثاني بالعضو المغطى الأول  
Relationship of Second Covered Member to First Covered Member:

الإسم الأول Forename:						إسم العائلة Family Name:					
الجنس Gender:	<input type="checkbox"/> ذكر Male	<input type="checkbox"/> أنثى Female	الحالة الاجتماعية Marital Status:				الجنسية/الإقامات الدائمة Nationality/Permanent Residencies:				
رقم بطاقة الهوية/جواز السفر ID/Passport No.											
تاريخ الولادة Date of Birth:	D	D	M	M	Y	Y	بلد الولادة Birth Country:				
الإقامة Residency:	<input type="checkbox"/> مقيم في دولة الإمارات UAE Resident:				<input type="checkbox"/> مقيم في دول الخليج GCC Resident:			<input type="checkbox"/> غير مقيم Non Resident:			
طبيعة العمل Nature of Business:											
إسم صاحب العمل والعنوان Employer Name & Address:							صندوق بريد P.O. Box:				
الواجبات اليومية المحددة Exact Daily Duties:							المهنة Occupation:				

CORRESPONDENCE ADDRESS

عنوان المراسلة

رقم الشقة/المنزل Apartment / House No:				رقم البناية Building No:				
إسم الشارع Street Name:				المدينة City:				
البلد Country:				صندوق بريد P.O. Box:				
رقم هاتف المنزل/العمل Home/Office Tel. No:			رقم الفاكس Fax No:			رقم الهاتف المتحرك Mobile No:		
البريد الإلكتروني Email:								

HOME COUNTRY ADDRESS

العنوان في بلد الموطن

رقم الشقة/المنزل Apartment / House No:				رقم البناية Building No:			
إسم الشارع Street Name:				المدينة City:			
البلد Country:				صندوق بريد P.O. Box:			

1.3. DETAILS OF PLAN HOLDER (Please select the relevant option mentioned below)  
(as shown in the identification document)

١-٣ تفاصيل حامل الخطة (يُرجى إختيار الجواب المناسب المذكور أدناه)  
(كما هو موضح في وثيقة الهوية)

نفس العضو المغطى الأول Same as First Covered Member  نفس العضو المغطى الثاني Same as Second Covered Member  آخر (يُرجى تقديم التفاصيل الكاملة أدناه) Other (Please provide full details below)

علاقة العضو المغطى الأول بحامل الخطة  
Relationship of First Covered Member to Plan Holder:

علاقة العضو المغطى الثاني بحامل الخطة  
Relationship of Second Covered Member to Plan Holder:

الاسم الأول  
Forename:

اسم العائلة  
Family Name:

الجنس  
Gender:  ذكر Male  أنثى Female

الحالة الإجتماعية  
Marital Status:

الجنسية/الإقامات الدائمة  
Nationality/Permanent Residencies:

رقم بطاقة الهوية/جواز السفر  
ID/Passport No.

تاريخ الولادة  
Date of Birth:

D D M M Y Y

بلد الولادة  
Birth Country:

الإقامة  
Residency:  مقيم في دولة الإمارات UAE Resident:  مقيم في دول الخليج GCC Resident:  غير مقيم Non Resident:

طبيعة العمل  
Nature of Business:

اسم صاحب العمل والعنوان  
Employer Name & Address:

صندوق بريد  
P.O. Box:

الواجبات اليومية المحددة  
Exact Daily Duties:

المهنة  
Occupation:

CORRESPONDENCE ADDRESS

عنوان المراسلة

رقم الشقة/المنزل  
Apartment / House No:

رقم البناية  
Building No:

اسم الشارع  
Street Name:

المدينة  
City:

البلد  
Country:

صندوق بريد  
P.O. Box:

رقم هاتف المنزل/العمل  
Home/Office Tel. No:

رقم الفاكس  
Fax No:

رقم الهاتف المتحرك  
Mobile No:

البريد الإلكتروني  
Email:

HOME COUNTRY ADDRESS

العنوان في بلد الموطن

رقم الشقة/المنزل  
Apartment / House No:

رقم البناية  
Building No:

اسم الشارع  
Street Name:

المدينة  
City:

البلد  
Country:

صندوق بريد  
P.O. Box:

## القسم ٢. تفاصيل المنفعة

## SECTION 2: BENEFIT DETAILS

العملة Plan Currency	<input type="checkbox"/> الدرهم الإماراتي AED	<input type="checkbox"/> الدولار الأمريكي USD	
الخطة المختارة Plan Selected	<input type="checkbox"/> حماية الإضافية Hemaya Plus	<input type="checkbox"/> بيتي الإضافية Baity Plus	
سبب الفطاء Reason for cover:	مدة الخطة Plan Term:	مدة دفع المساهمة Contribution Payment Term:	
<b>المنافع الإلزامية</b> Mandatory Benefits			
منفعة تكافل العائلة متضمنة منفعة المرض المميت Family Takaful Benefit including Terminal Illness Benefit	المبلغ Amount: _____		
<b>المنافع الاختيارية</b> Optional Benefits			
<b>حماية الإضافية</b> HEMAYA PLUS		<b>بيتتي الإضافية</b> BAITY PLUS	
<input type="checkbox"/> منفعة العجز الكلي الدائم Permanent Total Disability Benefit	المبلغ Amount _____	<input type="checkbox"/> منفعة العجز الكلي الدائم Permanent Total Disability Benefit	المبلغ Amount _____
<input type="checkbox"/> منفعة الوفاة العرضية Accidental Death Benefit	المبلغ Amount _____	<input type="checkbox"/> منفعة الوفاة العرضية Accidental Death Benefit	المبلغ Amount _____
<input type="checkbox"/> منفعة الحالات المرضية الخطيرة Critical Illness Benefit	المبلغ Amount _____	<input type="checkbox"/> منفعة الحالات المرضية الخطيرة Critical Illness Benefit	المبلغ Amount _____
<input type="checkbox"/> العجز الدائم الكلي أو الجزئي العرضي (منفعة فقدان الأعضاء العرضي) Accidental Total or Partial Permanent Disability (Accidental Dismemberment Benefit)	المبلغ Amount _____	لا تنطبق N/A	
<input type="checkbox"/> منفعة الدخل العائلي الشهري Monthly Family Income Benefit	المبلغ Amount _____ المدة Term _____	لا تنطبق N/A	
<input type="checkbox"/> منفعة الإعفاء من المساهمة Waiver of Contribution		<input type="checkbox"/> منفعة الإعفاء من المساهمة Waiver of Contribution	

## القسم ٣. تفاصيل المساهمة

## SECTION 3: CONTRIBUTION DETAILS

مبلغ المساهمة _____			
صيغة الدفع Payment Mode:	<input type="checkbox"/> مفرد Single	<input type="checkbox"/> شهري Monthly	<input type="checkbox"/> فصلي Quarterly
	<input type="checkbox"/> سنوي Annual	<input type="checkbox"/> نصف سنوي Semiannual	
طريقة الدفع Payment Method:	<input type="checkbox"/> أمر دفع مصرفي Standing Instruction	<input type="checkbox"/> الكمبيالة Demand Draft	<input type="checkbox"/> الشيك Cheque
	<input type="checkbox"/> التحويل الإلكتروني Telegraphic Transfer	<input type="checkbox"/> بطاقة الإئتمان (الرجاء تزويدنا بنسخة) Credit Card (please provide a copy)	

SECTION 4: BANK AND SOURCE OF FUNDS DETAILS		القسم ٤: تفاصيل البنك ومصدر الدخل	
العضو المغطى الأول First Covered Member	إسم البنك (البنوك) الذي يتم التعامل معه. إذا كان هناك أكثر من واحد يرجى تزويدنا بالتفاصيل Name of bank(s) dealing with, if more than one please provide details	رقم (أرقام) الحساب البنكي الدولي Bank IBAN(s)	مصدر الأموال التي سيتم دفعها كمساهمة Source of Funds to be Paid as Contribution
1.			
2.			
العضو المغطى الثاني Second Covered Member			
1.			
2.			
حامل الخطة Plan Holder			
1.			
2.			

SECTION 5: DETAILS OF INCOME FOR LAST 3 YEARS		القسم ٥: تفاصيل الدخل في السنوات الثلاث الماضية	
الدخل السنوي (درهم إماراتي/دولار أمريكي) Annual Income (AED/USD)	العضو المغطى الأول First Covered Member	العضو المغطى الثاني Second Covered Member	حامل الخطة Plan Holder
السنة الأولى (الماضية) Year 1 (Last Year)			
السنة الثانية (السابقة للماضية) Year 2 (2nd Last Year)			
السنة الثالثة (السابقة للسنتين الماضيتين) Year 3 (3rd Last Year)			

SECTION 6: ASSETS AND LIABILITIES DETAILS		القسم ٦: تفاصيل الممتلكات والالتزامات	
Current Market Value (AED/USD) (قيمة السوق الحالية (درهم إماراتي/دولار أمريكي))			
ممتلكات Assets	العضو المغطى الأول First Covered Member	العضو المغطى الثاني Second Covered Member	حامل الخطة Plan Holder
نقدي Cash			
أسهم وسندات Shares and Bonds			
عقارات Real Estate			
أخرى Others			
المجموع Total			
الالتزامات Liabilities			
قروض/ديون Loans/Debts			
الحسابات الدائنة Accounts Payable			
رهون على الممتلكات Mortgages on Property			
قروض أخرى Other Loans			
المجموع Total			

SECTION 7: DETAILS OF OTHER LIFE INSURANCE PLANS WITH SALAMA OR ANY OTHER INSURANCE COMPANY				القسم ٧: تفاصيل عن خطط أخرى للتأمين على الحياة مع سلامة أو أية شركة تأمين أخرى			
		العضو المغطى الأول First Covered Member		العضو المغطى الثاني Second Covered Member		حامل الخطة Plan Holder	
اسم الشركة Company Name							
رقم الخطة Plan Number							
سنة الإصدار Year of Issuance							
قيمة المبلغ المؤمن Sum Covered Amount (AED/USD)							
قيمة المساهمة Contribution Amount (AED/USD)							
نموذجي أو مصنف Standard or Rated Up							

SECTION 8: FAMILY HISTORY							القسم ٨: سجل العائلة		
صلة القرابة Relationship	العضو المغطى الأول First Covered Member			العضو المغطى الثاني Second Covered Member					
	العدد No(s)	العمر الحالي/الحالة الصحية Current Age/State of Health	العمر عند الوفاة/سبب الوفاة Age at Death/Cause of Death	العدد No(s)	العمر الحالي/الحالة الصحية Current Age/State of Health	العمر عند الوفاة/سبب الوفاة Age at Death/Cause of Death			
والد Father	لا ينطبق N/A			لا ينطبق N/A					
والدة Mother	لا ينطبق N/A			لا ينطبق N/A					
زوجة (زوجات) Spouse(s)									
أخ (أخوة) Brother(s)									
أخت (أخوات) Sister(s)									
طفل (أطفال) Child(ren)									

SECTION 9: BENEFICIARIES DETAILS							القسم ٩: تفاصيل المستفيدين
العضو المفطى الأول First Covered Member	الإسم الكامل Full Name	صلة القرابة بالعضو المفطى Relationship to Covered Member	تاريخ الولادة / العمر Date of Birth/ Age	رقم الهوية الوطنية (رقم الهوية الاماراتية / جواز السفر ا و اي اثبات اخر) No. of National ID (EID/ Passport etc.)	جنسية Nationality	نسبة الحصة (%) Percent Share(%)	
1.							
2.							
3.							
4.							
العضو المفطى الثاني Second Covered Member							
1.							
2.							
3.							
4.							

SECTION 9.1. If any of the Beneficiary(ies) is a minor (under 18 years), please provide the guardian details:						القسم ٩-١: إذا كان المستفيد/المستفيدون، قاصر/قصر (تحت سن ١٨)، الرجاء تزويدنا بالتفصيل عن الوصي:
العضو المفطى الأول First Covered Member	الإسم الكامل Full Name	العمر Age	رقم الهوية الوطنية (رقم الهوية الاماراتية / جواز السفر ا و اي اثبات اخر) No. of National ID (EID/ Passport etc.)	جنسية Nationality	صلة القرابة بالمستفيد (المستفيدون) Relationship to Beneficiary (ies)	
1.						
العضو المفطى الثاني Second Covered Member						
1.						

\* Please note that Covered Member cannot be the Guardian or Beneficiary (Not applicable in case of Joint Life).

\* الرجاء الملاحظة أن العضو المفطى لا يمكن أن يكون الوصي أو المستفيد (لا تنطبق على خطط التأمين المشتركة على الحياة).

SECTION 10: MEDICAL AND LIFE STYLE DETAILS

القسم 10: التفاصيل الطبية ونمط الحياة

		العضو المغطى الأول First Covered Member		العضو المغطى الثاني Second Covered Member	
		سم CMS	لا NO	سم CMS	لا NO
Please specify your height in cms.	الرجاء تحديد طولك (سم)				
Please specify your weight in kgs.	الرجاء تحديد وزنك (كغ)	كغ KGS		كغ KGS	
1. Are you now in good health and entirely free from any mental or physical impairments or deformities?	1. هل أنت الآن بصحة جيدة وخالية تماماً من أي عاهات أو تشوهات عقلية أو جسدية؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Have you ever suffered or do you suffer from:	2. هل سبق لك أن عانيت أو تعاني من:				
a) Diseases of the respiratory system (e.g. tuberculosis, asthma, persistent cough, pneumonia, COVID-19)?	(أ) أمراض الجهاز التنفسي (مثل السل والربو والسعال المستمر والالتهاب الرئوي وكوفيد-19)؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Diseases of the Genitourinary system (e.g. infections of the kidneys, urinary or genital organs, renal stones, venereal disease)?	(ب) أمراض الجهاز البولي - التناسلي (مثل التهابات في الكلى والمسالك البولية التناسلية، والحصى في الكلى، والأمراض التناسلية)؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Diseases of gastro-intestinal system (e.g. digestive disorders, gastric or duodenal ulcer, hepatitis B or other disorders of the liver, disorders of the gall bladder)?	(ج) أمراض في جهاز المعدة (مثل اضطرابات في الجهاز الهضمي، وفرحة المعدة أو الإثني عشر، والتهاب الكبد البولي "ب"، أو الاضطرابات الأخرى في الكبد، واضطرابات المرارة)؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Diseases of the brain, nervous system or mental disorder (e.g. epilepsy, fits or fainting attacks, frequent headaches, nervous breakdown, paralysis)?	(د) أمراض الدماغ، الجهاز العصبي أو الاضطرابات العقلية (مثل الصرع أو نوبات الإغماء، والصداع المتكرر، والبهيمار العصبي، والشلل)؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Diabetes, cancer, or any disease of the blood, glands, spleen, ears, eyes or skin?	(هـ) السكري، والسرطان، أو أي أمراض في الدم والغدد والطحال والأذنين والعينين أو الجلد؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Unexplained night-sweats and/or loss of weight, persistent fever, chronic or recurrent diarrhea, unexpected infections or swollen glands?	(و) التعرق الليلي غير محدد السبب و/أو فقدان الوزن، الحمى المستمرة والإسهال المزمن أو المتكرر والالتهابات غير المتوقعة أو تورم الغدد؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Diseases of the circulatory system (e.g. heart trouble, rheumatic fever, high blood pressure, disease of the arteries and veins)?	(ز) أمراض جهاز الدورة الدموية (مثل مشاكل القلب والحمى الروماتيزمية، ارتفاع ضغط الدم، وأمراض الشرايين والأوردة)؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Do you have or you ever had any disease or disorder of the muscles, bones, joints, limbs or spine (e.g. arthritis, rheumatism, slipped disc, paralysis etc.)?	(ح) هل لديك أو كان لديك أي مرض أو اضطراب في العضلات والمفاصل والأطراف أو العمود الفقري (على سبيل المثال، التهاب المفاصل والروماتيزم والانزلاق الغضروفي والشلل وما إلى ذلك)؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Any other diseases or ailments not mentioned above?	(ط) أي أمراض أخرى، أو أمراض غير مذكورة أعلاه؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Have you ever had or been advised to undergo hospital treatment or surgery?	3. هل سبق لك أن خضعت لجراحة أو علاج في المستشفى؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Have you ever had or been advised to have a blood test for AIDS or an AIDS-related condition (other than for Visa Purpose) or have you ever been refused as a blood donor?	4. هل سبق لك أن خضعت لفحص الدم المتلازم مع نقص المناعة المكتسب (الإيدز) أو مرتبط به (بخلاف الفحص للغراض التأشيرية) أو تصحت بذلك أو هل سبق أن تم رفضك كمتبرع بالدم؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Have you consulted a physician for any reason, including routine examination and blood test or have you received any blood transfusion(s) within the past 5 years?	5. هل استشرت طبيباً لأي سبب من الأسباب، بما في ذلك الفحوص الروتينية واختبارات الدم، أو هل سبق أن حصلت على أي عملية نقل دم في غضون الخمس السنوات الماضية؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Have you ever received or do you now receive any disability benefit?	6. هل سبق لك أن تلقيت أو تتلقى الآن منفعة عجز؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Do you have any life insurance policy? If "Yes", please provide details in section number 7.	7. هل لديك أية وثيقة تأمين على الحياة؟ إذا كان الجواب "نعم"، يرجى تقديم التفاصيل في القسم رقم 7.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Have you ever had an application for Family or Health Takaful Benefit, or life insurance declined, postponed or accepted on special terms?	8. هل سبق أن تم رفض طلبك لمنافع تكافل العائلة أو منافع صحية أو التأمين على الحياة أو تم تأجيله أو قبوله بشروط خاصة؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Do you smoke or have you ever smoked any form of tobacco within the past 12 months? If "Yes", state how many per day?	9. هل تدخن أو سبق أن دخن أي نوع من أنواع التبغ في غضون الإثني عشر شهراً الماضية؟ إذا كان الجواب "نعم"، أذكر كم في اليوم الواحد؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Do you drink alcoholic beverages? If "Yes", state what is the type and number of units per day?	10. هل تتناول المشروبات الكحولية؟ إذا كان الجواب "نعم"، أذكر ما هو نوع وعدد الوحدات في اليوم الواحد؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Do you take part or intend to take part in hazardous pursuits, e.g. Diving, Climbing, Motor-sport, Flying (except as an airline passenger)?	11. هل تشارك أو تنوي المشاركة في مهامارات، خطرة مثل الغوص، تسلق الجبال، رياضة السيارات، الطيران (باستثناء كونك مسافراً)؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. For Female Applicant: Are you pregnant? ( If "Yes", please mention the duration)	12. لمقدمة الطلب الأنثى: هل أنت حامل (إذا كان الجواب "نعم"، يُرجى ذكر مدة الحمل)؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a) Have you ever suffered any complications of pregnancy or gynecological conditions, or diseases of the breast?	(أ) هل تعاني من أي مضاعفات للحمل أو أمراض نسائية أو أمراض في الثدي؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Please give below full details if any of your answers is «Yes» from question no. 2 to 12, including dates, duration of treatment, name(s) and address of attending physician(s) (after mentioning the question number). Please also attach copies of all medical reports.

الرجاء إعطاء التفاصيل الكاملة أدناه إذا كان الجواب "نعم" من السؤال 2 حتى 12، بما في ذلك التواريخ، ومدة العلاج، وأسماء وعناوين الأطباء الذين قمت بزيارتهم (بعد ذكر رقم السؤال). كما يرجى إرفاق نسخ من جميع التقارير الطبية.

العضو المغطى الأول First Covered Member	العضو المغطى الثاني Second Covered Member

## SECTION 11: DECLARATION

## القسم 11: إقرار

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 and 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.

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

- أؤكد/نؤكد أنني/أننا 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/طليبا للتأمين أو إذا تم حجبها أو إخفائها في التصريحات المذكورة أعلاه.
- أفوض/نفوض أي شخص و/أو طبيب و/أو مستشفى و/أو عيادة و/أو مؤسسة و/أو شركة تأمين و/أو شركة إعادة تأمين و/أو شركة تكافل و/أو 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 و/أو الظروف المالية و/أو التاريخ الطبي و/أو الصحة البدنية / النفسية و/أو أي دخول للمستشفى و/أو استشارة طبية و/أو تشخيص و/أو علاج و/أو مرض و/أو علة. كما أفوض/نفوض شركة التأمين بأن تحصل على وتبادل، من ومم أي مصدر تراه مناسباً، المعلومات التي تتعلق بوضعي/بوضعنا المالي و/أو المهني و/أو 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 شركة التأمين الحق في إلقاء طبي/طليبا طلبنا للحصول على تغطية التكافل إذا لم تستلم الشركة المساهمة أو إذا لم أستوف/نستوف أيًا من الشروط المطلوبة من قبل الشركة في غضون 90 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 استكمال الطلب.

### إقرار تسليم مستندات الخطة:

أدرك/ندرك أن تاريخ سريان التغطية يصل 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/طليبا.

- 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.

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.

- 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.
- 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.
- 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.

البيانات الشخصية: أقدم/نقدم بموجب هذا لشركة التأمين موافقتي/موافقتنا الفاطمة على معالجة وتبادل ونقل بياناتي الشخصية\* إلى جهة مستلمة خارج الدولة (مثل مكتب مجموعة الشركة و/أو الفروع الأخرى و/أو 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 تتعارض التزاماتها المتعلقة بالعقوبات الدولية والإجراءات الرقابية الأخرى السارية على شركة التأمين.

\* البيانات 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 الصفات الطبية أو الأعمال أو العمليات أو تفاصيل الاتصال أو أرصدة الحساب/الأنشطة أو أي معاملات تقوم بها شركة التأمين.

أفوض/نفوض شركة التأمين بإرسالتي/بإرسالنا الإشعارات والإخطارات من خلال خدمة الرسائل القصيرة وأقبل/تقبل استلام رسائل قصيرة وأدرك/تدرك 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/تقر أنني/أنا 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.

**البريد الإلكتروني:** بتزويد عنوان بريدك الإلكتروني والتوقيع على هذا الطلب فإنك توافق على استلام مستند الخطة و/أو الشهادة و/أو أي مستندات أخرى {"المستندات"} من خلال {"البريد الإلكتروني"}. ويرجى العلم أنك مسؤول عن التأكد من صحة عنوان البريد الإلكتروني الذي قدمته في كل الأوقات.

- 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.
- 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.
- إنك توافق على تقديم عنوان بريدك الإلكتروني ليُدْرَج ضمن قائمة البريد الإلكتروني لشركة التأمين وتقبل المخاطر الكامنة المرتبطة بمراسلات البريد الإلكتروني.

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.

بتوقيعك على الطلب/عرض التكافل، فأنت بذلك تفوض سلامة - الشركة الإسلامية العربية للتأمين (ش.م.ع.)، للحصول على تقرير الائتمان من مكتب الائتمان الائتماني (AECB). ويجوز لـ "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 الائتمان الائتماني في أي وقت ترى فيه سلامة أنه ضروري وفقاً لتقدير سلامة وحدها.

توقيع العضو المفطى الأول Signature of First Covered Member		توقيع العضو المفطى الثاني Signature of Second Covered Member		توقيع حامل الخطة إذا كان مختلفاً عن العضو المفطى الأول أو العضو المفطى الثاني (Signature of Plan Holder (If different from First Covered Member or Second Covered Member)	
التاريخ (يوم/شهر/سنة) Date (DD/MM/YYYY)	المدينة / الإمارة City / Emirate	التاريخ (يوم/شهر/سنة) Date (DD/MM/YYYY)	المدينة / الإمارة City / Emirate	التاريخ (يوم/شهر/سنة) Date (DD/MM/YYYY)	المدينة / الإمارة City / Emirate

Distribution Channel Representative:  
ممثّل قناة التوزيع:

الإسم Name	الرمز Code	الإمارة/الفرع Emirate/Branch	الإمضاء Signature	التاريخ Date

## SECTION 12: TAKAFUL MEMBERSHIP SUBSCRIPTION DOCUMENT

## القسم 12: وثيقة تكافل للمشاركة والمضوية

This document sets out the bases and principles governing the takaful arrangement. Capitalized terms when used in this document shall have the same meaning ascribed to them in the Plan Terms and Conditions unless otherwise specified. It is hereby declared and agreed that:

- The agreement is governed by the Plan Terms and Conditions, Plan Schedule and any Endorsement thereto. The observance of the Plan Terms and Conditions by the Plan Holder and Covered Member(s) shall be a condition precedent to any claim hereunder.
- The arrangement operates in accordance with principles of Shari'ah. The Plan Holder appoints the Operator as an agent (Wakeel) to manage the Takaful Fund.
- Plan Holders are participating with other members on takaful basisho have also entered into a similar arrangement with the Operator. Takaful Fund is a collective account formed, invested and managed in accordance with Shari'ah Principles with the sole purpose of providing Protection Benefits for Beneficiaries in case Covered Member(s) suffer from any covered event(s). The Operator carries out duties for the collective benefits and interests of the participants as defined by the Operator and as guided by the Operator's Shari'ah Supervisory Committee.
- Takaful Donation(s) relates to the cost of Protection Benefits. Takaful Donations are absolute grants (Tabarru') to the Takaful Fund. Takaful Donations made by the Plan Holders to the Takaful Fund will be managed under the Wakalah (Agency) principles.
- The Operator will distribute the surplus, if any, at the end of financial year among the eligible participants as approved by Board of Directors of the Operator. In case of the deficit the Operator will extend interest free loan (Qard Hasan) to the Takaful Fund and will recover this loan from the future surplus accruing to Takaful Fund. Repayment of loan (Qard Hasan) will have precedence over distribution of the surplus in the subsequent years. The obligation to grant loan (Qard Hasan) shall be comprehensive subject to a maximum equal to the total of the Shareholders' equity.
- All costs, fees and charges as per Plan Terms and Conditions are applicable.

تحدد هذه الوثيقة الأسس والمبادئ التي تحكم الخطة. وسيكون للمصطلحات الرئيسية المستخدمة في هذه الوثيقة نفس المعاني المقررة لها في أحكام وشروط الخطة ما لم يرد نصٌ بخلاف ذلك. ونصرح بموجبها ونوافق على ما يلي:

- تخضع الخطة لأحكام وشروط الخطة وجدول الخطة وأي ملائق تأمين مرفقة بها. وستعتبر مراعاة الأحكام والشروط من قبل صاحب الخطة والعضو المغطى/الأعضاء المشمولين بالتغطية شرطاً مسبقاً لأية مطالبة يتم تقديمها بموجب هذه الخطة.
- تعمل الخطة وفقاً لمبادئ الشريعة الإسلامية، حيث يعين صاحب الخطة شركة التأمين وكيلاً (الوكيل) لإدارة صندوق التكافل.
- يشارك أصحاب الخطط على أساس تعاوني مع الأعضاء الآخرين الذين دخلوا أيضاً في ترتيبات مماثلة مع شركة التأمين. ويعد صندوق التكافل وعاء جماعي يتم تأسيسه واستثماره وإدارته وفقاً لمبادئ الشريعة الإسلامية وذلك لغرض وحيد هو توفير منافع الحماية للمستفيدين في حال تعرض العضو (الأعضاء) المغطى لأي حادث (حوادث) مغطى. وتنفذ شركة التأمين مهام معينة خدمة للمنافع المشتركة والمصالح الجماعية للمشاركين كما تم تعريفها من قبل شركة التأمين، وتسترشد شركة التأمين بتوجيهات الهيئة الشرعية للشركة.
- يتعلق تبرع (تبرعات) التكافل بتكاليف منافع الحماية. وتعتبر تبرعات التكافل بأنها منح وهبات خالصة (تبرع) لصندوق التكافل وغير قابلة للاسترداد. وستتم إدارة تبرعات التكافل التي يقدمها أصحاب الخطط لصندوق التكافل وفقاً لمبادئ الوكالة. وسيكون من حق شركة التأمين تحصيل رسوم وكالة ثابتة.
- ستقوم شركة التأمين بتوزيع الفائض، إن وجد، في نهاية السنة المالية بين المشاركين المؤهلين. وسوف يكون من حق المشارك الحصول على جزء من الفائض بنسبة مساهمته إلى إجمالي المساهمات بشرط أن لا يكون العضو المشارك قد تكبد و / أو استفاد من أي منفعة بموجب عقد التكافل. وفي حال العجز في الصندوق تقدم شركة التأمين قرضاً بدون فائدة (قرض حسن) لصندوق التكافل، وستسترد هذا القرض من الفائض المستقبلي الذي يتجمع لصندوق التكافل. وسوف يكون لسداد القرض الأولوية على توزيع الفائض في السنوات اللاحقة.
- تنطبق كافة التكاليف والرسوم والأجور وفقاً للأحكام والشروط.

The document is drafted in English and Arabic. In the case of any conflict between the two versions, Arabic version shall prevail.

حررت هذه الوثيقة باللغة الإنكليزية والعربية. وفي حال وجود أي تعارض بين النصين، تُعطى الأولوية للنص العربي.

توقيع العضو المغطى الأول Signature of First Covered Member		توقيع العضو المغطى الثاني Signature of Second Covered Member		توقيع حامل الخطة (إذا كان مختلفاً عن العضو المغطى الأول أو العضو المغطى الثاني) Signature of Plan Holder (If different from First Covered Member or Second Covered Member)		المفوض بالتوقيع (باسم ونياحة عن شركة التأمين) Authorized Signatory (For and on behalf of Operator)
المدينة / الإمارة City / Emirate	التاريخ (يوم/شهر/سنة) Date (DD/MM/YYYY)	المدينة / الإمارة City / Emirate	التاريخ (يوم/شهر/سنة) Date (DD/MM/YYYY)	المدينة / الإمارة City / Emirate	التاريخ (يوم/شهر/سنة) Date (DD/MM/YYYY)	
						

## SECTION 13. ENDORSEMENT FOR ASSIGNMENT

## القسم 13. ملحق تنازل

رقم النموذج/ رقم الخطة ..... / Application No/Plan No .....

- I/We ..... (Assignor), being Plan Holder of Plan No ..  
..... for Sum Covered of AED/  
USD ..... , issued by Islamic  
Arab Insurance Company – Salama, do hereby assign, transfer and  
deliver, absolutely and completely, unto .....  
..... (Assignee),  
and to his / her / their nominee(s), heir(s), executor(s), administrator  
(s), and assignee(s) all title, rights, benefits and interests under the  
said plan, empowering and entitling him / her / them, to receive all  
payments under every Benefit of the Plan, which includes but is not  
limited to the receipt of payments of Claims, Surrender Value and  
Withdrawals from Fund Value under the Plan, and endowing him  
/ her/ them with the authority to provide to Islamic Arab Insurance  
Company – Salama valid discharge and receipts for any amount paid  
or benefit rendered by Islamic Arab Insurance Company - Salama  
under the said plan, regardless of whether such amount is paid or  
benefit is rendered with or without my / our concurrences, consent  
and wishes and shall absolve Islamic Arab Insurance Company –  
Salama from all responsibility and liability in respect of the benefit  
amount paid or benefit rendered.
- I /We hereby solemnly affirm that no prior assignment / transfer of  
the within Plan exists or has occurred and that this Plan is otherwise  
free from all encumbrances. Furthermore, I / we do hereby solemnly  
affirm that no assignment / transfer of the within Plan, besides the  
present, has been made nor would be made till such time as this  
assignment remains valid and in-force.
- I/We also agree, understand and acknowledge that this Plan is  
being assigned by me/us and that Islamic Arab Insurance Company  
– Salama assumes no responsibility as to the validity, effect and  
sufficiency of this assignment made by me/us in favor of the Assignee.

- أنا / نحن .....  
..... (المُتنازل) حامل وثيقة رقم .....  
تأمين قدره ..... درهم إماراتي/  
دولار أمريكي، صادرة من الشركة الإسلامية العربية للتأمين – سلامة أقر  
بموجبه بأنني قد تنازلت ونقلت وسلمت، بشكل كامل ونهائي، لـ .....  
..... (المتنازل له)، ولمن يسميه  
نائباً عنه ولورثته وأمين وصيته وحارسه القضائي ولمن يتنازل له. عن جميع  
حقوق الملكية وحقوق المنافع والمصلحة في وبموجب الخطة المذكورة،  
وأفوضه وأعطيه الحق باستلام جميع الدفعات بموجب كل منافع الخطة  
والتي تشمل على سبيل المثال لا الحصر استلام دفعات المطالبات، قيمة  
السحب الكلي النهائية، والسحوبات الأخرى من قيمة صندوق الخطة، كما  
أفوضه بتزويد الشركة الإسلامية العربية للتأمين – سلامة بإبراء ذمة وإيصال  
قبض عن أي مبلغ مدفوع أو منفعة تقدمها الشركة الإسلامية العربية  
للتأمين – سلامة بغض النظر عما إذا كان المبلغ المدفوع أو المنفعة المقدمة  
بإقرار مني أو موافقتي أو بطلب مني، وتبرأ الشركة الإسلامية العربية للتأمين  
– سلامة من أية مسؤولية أو أي التزام يتعلق بالمنفعة المقدمة أو المبلغ  
المدفوع.
- كما أؤكد (نؤكد) بموجبه وبشكل قاطع، عدم وجود أي تنازل أو نقل سابق  
لهذه الخطة وأن الخطة المذكورة لا تخضع لأي نوع آخر من الحجز أو الرهن.  
إضافة إلى ذلك، أؤكد (نؤكد) بشكل قاطع أنه لن ولم يحدث أي تنازل أو  
نقل للخطة ما عدا هذا التنازل طوال الوقت الذي يبقى فيه هذا التنازل صالحاً  
وساري المفعول.
- وأوافق (نوافق) أيضاً وأدرك (ندرك) وأقر (نقر) أنني/أنا بهذا أنتنازل/تتنازل عن  
هذه الخطة و أن الشركة الإسلامية العربية للتأمين - سلامة لا تحصل أية  
مسؤولية تجاه صلاحية وتأثير وكفاية هذا التنازل الذي أحضره/نصره لصالح  
المتنازل له.

توقيع العضو المفطى الأول Signature of First Covered Member		توقيع العضو المفطى الثاني Signature of Second Covered Member		توقيع حامل الخطة إذا كان مختلفاً عن العضو المفطى الأول أو العضو (المفطى الثاني) Signature of Plan Holder (If different from First Covered Member or Second Covered Member)	
المدينة / الإمارة City / Emirate	التاريخ (يوم/شهر/سنة) Date (DD/MM/YYYY)	المدينة / الإمارة City / Emirate	التاريخ (يوم/شهر/سنة) Date (DD/MM/YYYY)	المدينة / الإمارة City / Emirate	التاريخ (يوم/شهر/سنة) Date (DD/MM/YYYY)
توقيع وختم المتنازل/الناقل Signature and Stamp of Assignee / Transferee			توقيع الشاهد Signature of Witness		
الإسم Name:			الإسم Name:		
اللقب Designation:			اللقب Designation:		
العنوان Address:			العنوان Address:		
صفحة محالة من قبل Deal referred by			صفحة محالة من قبل القسم / الفرع Deal referred by Department / Branch		

SML006(03/25)