

نموذج طلب حمايتي الإضافية - خطة التكافل العائلي

Application Form for Hemayati Plus - Family Takaful Plan

1. DETAILS OF COVERED MEMBER (as shown in the identification document)		١. تفاصيل العضو المغطى (كما هو موضح في وثيقة 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):		٢. 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 ?	نعم <input type="checkbox"/> Yes	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 العضلية الهيكلية مثل الشلل النصفى / أمراض الكبد على سبيل المثال لا الحصر التهاب 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؟
كلا <input type="checkbox"/> No	ملاحظة: ١. تقدم سلامة للعضو المغطى تغطية أقصاها ٥٠٠,٠٠٠ درهم إماراتي لجميع خطط حمايتي الإضافية. ٢. سيتم رفض التغطية إذا كانت الإجابة على السؤال (الأسئلة) المذكورة أعلاه "نعم".	
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: ١. تقدم سلامة للعضو المغطى تغطية أقصاها ٥٠٠,٠٠٠ درهم إماراتي لجميع خطط حمايتي الإضافية. ٢. 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) / (in AED)														
		AED 100,000			AED 200,000			AED 300,000			AED 400,000			AED 500,000		
		Plan Term (in years) / مدة الخطة (بالسنوات)														
		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. Beneficiary Details:		٤. تفاصيل المستفيد:
The Benefit Amount shall be distributed to the heirs of the Covered Member / Plan Holder as per UAE law - Personal Status Law	سيتم توزيع مبلغ المنفعة التكافلية على ورثة العضو المغطى/حامل الخطة وفقاً لقوانين الإمارات العربية المتحدة - قانون الأحوال الشخصية	

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:

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

- 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.

- أؤكد/تؤكد أنني/أنا لم أخفي 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/وافق أن شركة التأمين غير مسؤولة عن أي مطالبة بسبب المرض أو الإصابة أو الوفاة والتي يكون سببها معروفاً قبل الموافقة على طلبي/طلبنا للتأمين أو إذا تم حجب أو إخفاءه 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 ومع أي مصدر تراه مناسباً، المعلومات التي تتعلق بوضعي/وضعنا المالي و/أو المهني و/أو الشخصي. وتعتبر صورة من هذا التفويض صالحة كما لو كانت نسخة أصلية قانونية.
- أوافق/توافق على إبلاغ شركة التأمين كتابياً بأي تغيير في الأحوال الطبية أو المالية بين تاريخ هذا الطلب وإصدار الخطة.
- أدرك/ندرك أيضاً أن لشركة التأمين الحق في إفاء طلبي/طلبنا للحصول على تغطية التكافل إذا لم تستلم الشركة المساهمة أو إذا لم أستوف/ستوف أيًا من الشروط المطلوبة من قبل الشركة في غضون 90 يوماً من تاريخ تقديم الطلب.
- أقر/نقر أن الشركة الإسلامية العربية للتأمين - سلامة (الشركة) ستولى إدارة مساهمتي بموجب مبادئ الوكالة وفقاً لشروط وأحكام الخطة المعيارية.
- أوافق/توافق على عدم وجود عقد ما لم يتم إصدار الخطة ودفء المساهمة الأولى كاملة عنها وشريطة عدم حدوث أي تغيير في القابلية للتأمين بالنسبة لعضو (الاعضاء) المقترح المشمول بالتغطية منذ استكمال الطلب.

Plan Document Delivery Declaration:

إقرار تسليم مستندات الخطة:

- I understand that the effective date of cover shall be the Plan Commencement Date as shown in the Plan Schedule. I agree to accept delivery of the duly issued Plan through email to the email address specified in my application form.
- I also understand that physical copy of the plan documents will be provided to me upon my request.
- I/We understand that Delivery of the Plan Documents through email 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.

- أدرك أن تاريخ سريان التغطية يصل في تاريخ بدء الخطة كما هو مبين في جدول الخطة. أوافق على قبول إصدار الخطة الصادرة والمستوفية لكل البيانات من البريد الإلكتروني على عنوان البريد الإلكتروني المحدد في نموذج الطلب.
- أفهم أيضاً أنه سيتم تقديم الي نسخة مطبوعة من مستندات الخطة بناءً على طلبي.
- أدرك/ندرك أن تسليم مستندات الخطة من خلال البريد الإلكتروني أعلاه ودفء أول مساهمة كاملة بفسران 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 لطلبي/طلبنا.
- البيانات الشخصية: أقدم/تقدم بموجب هذا لشركة التأمين موافقتي/موافقتنا القاطنة 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 للائتمان لأي التزام قانوني تخضع له شركة التأمين. وعند الضرورة نقل وتبادل أي من هذه المعلومات مع الجهات التنظيمية وأجهزة إنفاذ القانون الأخرى لأداء التزاماتها المتعلقة بالعمليتين الدولية والإجراءات الرقابية الأخرى السارية على شركة التأمين.

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.

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 الوصفات الطبية أو الأعمال أو العمليات أو تفاصيل الاتصال أو أرصدة الحساب/الأنشطة أو أي معاملات تقوم بها شركة التأمين.

- أفوض/نفوض شركة التأمين بإرسالنا/بإرسالنا الإشعارات والإخطارات من خلال خدمة الرسائل القصيرة وأقبل/تقبل 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/أنا لن أقدم/تقدم أي شكوى أو مطالبة بحق شركة التأمين عن أي خطأ أو انقطاع في خدمة الرسائل القصيرة لأي سبب يتعلق باستلام/عدم استلام الرسائل القصيرة.

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.

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 ائتمان من مكتب الاتحاد الائتماني (AECB). SALAMA قد تستخدم تقرير الائتمان لأي غرض يوافق عليه 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.

6: Payment Authorization

٦: 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:

طريقة الدفع Mode of Payment:	<input type="checkbox"/>	بطاقة الإئتمان Credit Card	<input type="checkbox"/>	أمر دفع دائم Standing Instruction	<input type="checkbox"/>	الشيك Cheque
---------------------------------	--------------------------	-------------------------------	--------------------------	--------------------------------------	--------------------------	-----------------

Credit Card Number رقم بطاقة الإئتمان	<input type="text"/>
--	----------------------

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

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

<p>Standing Instruction: I hereby irrevocably and unconditionally authorize Abu Dhabi Islamic Bank ("ADIB") to deduct from my account number _____ held with ADIB, the regular contribution amount due as specified in this Application Form or subsequent amendment signed by me for the agreed policy payment term, and transfer the amount to the account number 16460692 (USD)/ 18909498 (AED) of Islamic Arab Insurance Company - SALAMA held with ADIB on the due date of each contribution. The above contribution has been rounded up to the next AED.</p> <p>Account Holder Name: _____</p> <p>Account Holder Signature: _____</p>	<p>أمر دفع مصرفي: أنا أفوض بموجبيه مصرف أبو ظبي الإسلامي ("المصرف") تفويضاً غير قابل للرجوع أو النقض بأن يخصم من حسابي رقم _____ القائم لدى المصرف، مبلغ المساهمة المنتظمة المستحق على النحو المحدد في نموذج الطلب هذا أو أي تعديل لاحق له يتم توقيعه من قبلي لفترة السداد المتفق عليها بالنسبة لوثيقة التأمين التكافلي، وتحويل المبلغ إلى حساب الشركة الإسلامية العربية للتأمين - سلامة رقم ١٦٤٦٠٦٩٢ (الدولار الأمريكي) (١٨٩٠٩٤٩٨) الدرهم الإماراتي) القائمين لدى المصرف في تاريخ / استحقاق كل مساهمة.</p> <p>إسم صاحب الحساب: _____</p> <p>توقيع صاحب الحساب: _____</p>
--	--

Covered Member IBAN	رقم حساب البنك الدولي للعضو المغطى (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 الإئتمان 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 الى مقدم الطلب وأني قد أوضحت جميع العناصر للعميل. وعلاوة على ذلك، أؤكد أنني قد أفصحت عن جميع التحميلات والأتعاب 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"/>

SML053(10/25)