مقيدة تحت الرقم (١٧) بموجب المرسوم بقانون اتحادي رقم (٦) لسنة ٢٠٢٥.
Registration No. (17) under Federal Decree-Law No. (6) of 2025.

سلامة
SALAMA
الشركة الإسلامية العربية للتأمين (ش.م.ع.)
ISLAMIC ARAB INSURANCE CO.(P.S.C.)

ABSOLUTE ASSIGNMENT

إقرار بالتنازل المطلق

Application No. / Plan No.		رقم الطلب / رقم الخطة

I / We, _____(Assignor), being Plan Holder of Plan No: _____for Sum Covered of AED/USD _____, issued by SALAMA - Islamic Arab Insurance Company, 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 SALAMA – Islamic Arab Insurance Company, valid discharge and receipts for any amount paid or benefit rendered by SALAMA - Islamic Arab Insurance Company under the said Plan, regardless of whether such amount is paid or benefit is rendered with or without my/ our concurrence, consent and wishes and shall absolve SALAMA - Islamic Arab Insurance Company, 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 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 & acknowledge that this Plan is being assigned by me / us and that SALAMA - Islamic Arab Insurance Company assumes no responsibility as to the validity, effect and sufficiency of this assignment made by me / us in favor of the Assignee.

أنا/ نحن _____ (المُتنازِل)، صاحب الخطه رقم _____ بمبلغ تأمين قدره _____ درهم اماراتي/ دولار امريكي صادرة عن الشركة الإسلامية العربية للتأمين - سلامة ، أقر بموجبه بأنني قد تنازلت ونقلت وسلمت ، بشكل كامل ونهائي ، إلى _____ (المُتنازَل له)، ,ولمن يسميه نائباً عنه ولورثته وأمين وصيته وحارسه القضائي ولمن يتنازل له، عن جميع حقوق الملكية وحقوق المنافع والمصلحة بموجب الخطة المذكورة، و أفوضه وأعطيه الحق باستلام جميع الدفعات بموجب كل منافع الخطة التي تشمل على سبيل المثال لا الحصر استلام دفعات المطالبات، وقيمة السحب الكلي النهائية، واالسحوبات الأخرى من قيمة صندوق الخطة ، كما أفوضه بتزويد الشركة العربية الإسلامية للتأمين - سلامة بإبراء ذمة وايصال قبض عن أي مبلغ مدفوع أو منفعة تقدمها الشركة العربية الإسلامية للتأمين - سلامة بغض النظر عما إذا كان هذا المبلغ قد تم دفعه باقرار مني أو موافقتي أو بطلب مني، وتبرأ الشركة الاسلامية العربية للتأمين – سلامة من أي مسئولية فيما يتعلق بالمنفعة المقدمة.

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. اضافة الى ذلك، أؤكد (نؤكد) بشكل قاطع أنه لن ولم يحدث اي تنازل أو نقل للخطة ما عدا هذا التنازل طوال الوقت الذي يبقى فيه هذا التنازل صالحاً وساري المفعول. وأوافق (نوافق) ايضاً وأدرك (ندرك) وأقر (نقر) أنني/ أننا بهذا أتنازل (نتنازل) عن هذه الخطة وأن الشركة الاسلامية العربية للتأمين – سلامة لا تتحمل أية مسؤولية تجاه صلاحية وتأثير وكفاية هذا التنازل الذي احرره /نحرره لصالح المُتنازَل له.

مؤرخ: فى Dated: This		يوم Day of		سنة In the year		يوم at		المكان (Place)	

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)
التاريخ Date	التاريخ Date	التاريخ Date

FT-CS (AAF) - 2018-10

سلامة - ص. ب ١٠٢١٤ ، دبي، الإمارات العربية المتحدة، هاتف : ٩٩٩٩ ٤٠٧ ٩٧١+، فاكس : ٧٠٠٧ ٣٥٧ ٤ ٩٧١+
SALAMA - P. O. Box 10214 ,Dubai, United Arab Emirates. Tel : +971 4 407 9999, Fax: +971 4 357 7007

سلامة
SALAMA
الشركة الإسلامية العربية للتأمين (ش.م.ع.)
ISLAMIC ARAB INSURANCE CO.(P.S.C.)

توقيع وختم المُتنازَل له/ المنقول إليه Signature & Stamp of Assignee / Transferee				توقيع الشاهد Signature of Witness			
الاسم Name:				الاسم Name:			
اللقب Designation:				اللقب Designation:			
توقيع Signature:		التاريخ Date		توقيع Signature:		التاريخ Date	

سلامة - ص. ب ١٠٢١٤ ، دبي، الإمارات العربية المتحدة، هاتف : ٩٩٩٩ ٤٠٧ ٤ ٩٧١+، فاكس : ٧٠٠٧ ٣٥٧ ٤ ٩٧١+
SALAMA - P. O. Box 10214 ,Dubai, United Arab Emirates. Tel : +971 4 407 9999, Fax: +971 4 357 7007