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.)

CONDITIONAL ASSIGNMENT

إقرار تنازل مشروط

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

I / We, _____ (Plan Holder) the owner(s) of Plan No: _____, issued by SALAMA - Islamic Arab Insurance Company, hereby conditionally assign the Sum Covered of AED / USD _____ to _____ (Assignee), and to his / her / their nominee(s), heir(s), executor(s), administrator(s) and assignee(s) has the right to receive assigned benefit payable and related information under the Plan Terms and Conditions. The Plan Holder however, retains ownership of the Plan.

I / We hereby solemnly confirm that no dual assignment will be made for the aforementioned Sum Covered and that this Plan is otherwise free from all encumbrances 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، _____
(حامل الخطة) مالك الوثيقه رقم _____
الصادرة من الشركة الإسلامية العربية للتأمين – سلامة أقر بموجبه بأنني قد تنازلت بشكل مشروط عن مبلغ التأمين والذي قدره _____ درهم اماراتي/ دولار أمريكي إلى _____(المتنازل له)
ولمن يسميه نائباً عنه ولورثته وأمين وصيته وحارسه القضائي ولمن يتنازل له، بحيث يحق له / لهم استلام مبلغ التأمين المُتنازَل عنه و أن يتلقوا المعلومات ذات الصلة بموجب أحكام وشروط الخطة. ومع ذلك ، يحتفظ صاحب الخطة بملكية الخطة.

كما أؤكد (نؤكد) بموجبه وبشكل قاطع، عدم وجود تنازل مزدوج لمبلغ التأمين المذكور أعلاه وأن الخطة المذكورة لا تخضع لأي نوع آخر من الحجز أو الرهن 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

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	

FT-CS (CAF) - 2018-10

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