

**APPLICATION FORM FOR CREDIT /
DEBIT CARD AUTHORIZATION**
**نموذج طلب -
تفويض بطاقة الإئتمان / الخصم**
INSTRUCTIONS FOR FILLING THE APPLICATION FORM

1. This form is for Regular Contribution Plans and supersedes any previous instructions held.
2. Please complete this form in BLOCK CAPITALS. Please do not leave any field blank or incomplete.
3. Any changes made on the Form should be countersigned by Plan Holder.

تعليمات لملء نموذج الطلب

١. هذا النموذج لمساهمات الخطة المنتظمة ويبطل أي تعليمات سابقة.
٢. يرجى عدم ترك أي حقل فارغ أو غير مكتمل. نسخة من هذا النموذج متاحة عند الطلب.
٣. أي تغييرات يطرأ على نموذج يجب أن يوقع من قبل حامل الخطة.

رقم الخطة Plan Number:	رقم الإتصال Telephone No.
إسم حامل الخطة Plan Holder's Name:	
البريد الإلكتروني Email:	رقم الهاتف المتحرك Mobile No.

I, hereby authorize SALAMA – Islamic Arab Insurance Co to debit my Card on a _____ basis as per the instructions below in respect of contribution payment of AED/ USD _____ towards my Plan. This authorization can only be cancelled upon my request in writing.

أنا أفوض سلامة - الشركة الإسلامية العربية للتأمين بموجب هذا أن تخصم من بطاقة على أساس _____ حسب التعليمات التالية فيما يتعلق بدفع مساهمة بمبلغ _____ درهم / دولار أمريكي عن خطتي. ويمكن إلغاء هذا التفويض فقط بناءً على طلب خطي مني.

نوع البطاقة / Card Type		تاريخ إنتهاء البطاقة / Card Expiry Date
<input type="checkbox"/> بطاقة الإئتمان Credit Card	<input type="checkbox"/> فيزا Visa	M M Y Y
<input type="checkbox"/> بطاقة الخصم Debit Card	<input type="checkbox"/> بطاقة ماستر Master Card	

الإسم على البطاقة Name on the Card	
إسم الجهة المصدرة للبطاقة Name of Card Issuer	
وتيرة الدفع Frequency of Payment	<input type="checkbox"/> المساهمة الأولى First Contribution <input type="checkbox"/> منتظمة Regular <input type="checkbox"/> مرة واحدة One time
عملة البطاقة Card Currency	<input type="checkbox"/> درهم إماراتي AED <input type="checkbox"/> دولار أمريكي USD

رقم البطاقة Card Number	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Card Holder's Address	عنوان حامل البطاقة
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Comments	الملاحظات

Please note that SALAMA – Islamic Arab Insurance Co. is not liable for any losses arising as a result of action taken by the Cardholder's Credit / Debit Card Company. Handling Fee of 2% is applicable on each transaction.

يرجى ملاحظات أن سلامة – الشركة الإسلامية العربية للتأمين ليست مسؤولة عن أية خسائر تنشأ نتيجة للإجراءات التي تتخذها شركة بطاقة الائتمان / الخصم الخاصة بحامل البطاقة. تطبق رسوم معاملة بواقع ٢٪ على كل إجراء.

Plan Holder's Signature / توقيع حامل الخطة	Date / التاريخ

Documents to be enclosed:

- Front Facing copy of the Card
- Certified Proof of Identity
- Original Credit / Debit Card Authorization Form

الوثائق المطلوبة ارفاقها

- صورة الجهة الأمامية من بطاقة
- إثبات هوية مصدق
- نموذج تفويض بطاقة الائتمان / الخصم الأصلي