

SABB Takaful سبب تكافل

HSBC عضو مجموعة

DECLARATION OF GOOD HEALTH

إقرار بسلامة الصحة

PERSONAL DETAILS		التفاصيل الشخصية	
Address العنوان	Name of Participant اسم المشترك	E-mail Address البريد الإلكتروني	Tel. No. رقم الهاتف
Policy No. رقم الوثيقة	Commencement Date تاريخ النفاذ	Date of Lapse تاريخ الانقضاء	Contribution Amount مبلغ الاشتراك
Contribution Amount مبلغ الاشتراك	Contribution Due Dates تواريخ استحقاق الاشتراك	Contribution Frequency تكرار الاشتراك	Name of Financial Advisor اسم المستشار المالي

DECLARATION		إقرار	
<p>I, the undersigned, under the Policy mentioned above, hereby apply for its reinstatement and further declare that since the original Policy was issued there has been no change in my occupation; that I am in good health, free from all diseases, deformities and of temperate habits; that I have not suffered from any illness, bodily injury or physical impairment of any kind from the date the original Policy was issued.</p> <p>I, now pay to the Company the arrears of Contributions as provided for in the Policy upon the understanding that the Policy shall not be in full force unless and until the Company has consented in writing to grant its reinstatement and I agree to accept the return of any payment made to the Company in connection with this application should the Company decline to reinstate the Policy. I further agree that if my application for reinstatement is accepted by the Company, the incontestability provisions thereof shall have effect from the approval date of my application for reinstatement. I acknowledge the right of the Company to request for a medical examination at my expense if one is deemed necessary.</p> <p>In witness whereof, I have signed this Declaration Of Good Health on this _____ day of _____, 20 _____.</p>	<p>أقر أنا الموقع أدناه، بموجب الوثيقة المذكورة أعلاه والتي أقدم بطلب إعادة سريانها، بأنه ومنذ إصدار الوثيقة الأصلية لم يطرأ أي تغيير في وظيفتي وبأنني بصحة جيدة وخال من الأمراض والعيوب وأي تغيير في العادات، وبأنني لم أعاني من أي مرض أو إصابة جسدية أو تدهور بدني من أي نوع منذ إصدار الوثيقة الأصلية.</p> <p>وأدفع الآن متأخر الاشتراكات المفاد عنها في الوثيقة بموجب الاتفاق بأن هذه الوثيقة لن تكون ذات فعالية كاملة إلا إذا وحتى توافق الشركة خطياً على منح إعادة سريانها وأوافق وأقبل استعادة أي مبلغ مدفوع إلى الشركة له علاقة بهذا الطلب في حالة رفض الشركة لإعادة سريان الوثيقة. إضافة إلى ذلك، أوافق أنه إذا تم قبول طلبي لإعادة السريان من قبل الشركة فإن شروط عدم التقض سوف تكون سارية من تاريخ الموافقة على طلب إعادة السريان. وأقر بحق الشركة في المطالبة بفحص طبي على نفقتي الخاصة إذا اعتبر ذلك ضرورياً.</p> <p>وبشهادة ذلك، قد وقعت على هذا الإقرار بسلامة الصحة بتاريخ _____ من شهر _____ سنة 20 _____.</p>		
Signature of Witness توقيع الشاهد	Name/Signature of Participant اسم / توقيع المشترك		
Name: الاسم:	Name/Signature of Policyholder اسم / توقيع حامل الوثيقة		
Saudi ID/Iqama No.: رقم بطاقة الأحوال/الإقامة:			
Date of Birth: تاريخ الميلاد:			
Address: العنوان:			

Note: If you are not able to accept this Declaration Of Good Health, please supply the Company with full written details stating the reasons. Based on your statement, the Company will then advise whether reinstatement can be granted or what further requirements, if any, are necessary for the reinstatement of the Policy.

ملاحظة: إذا لم تكن قادراً على الموافقة على إقرار بسلامة الصحة، يرجى تزويد الشركة بتفاصيل كتابية توضح الأسباب. وبناءً على إقرارك، سوف تقيد الشركة عندئذ ما إذا كانت ستمنح إعادة السريان أو أن هناك شروط إضافية، إن وجدت، تكون ضرورية لإعادة سريان الوثيقة.