

تفاصيل التغطية											
Please tick (✓) the appropriate box	الرجاء وضع علامة (✓) في الخانات الملائمة.										
<input type="checkbox"/> Plan A: SAR 50,000 <input type="checkbox"/> Plan B: SAR 100,000 <input type="checkbox"/> Plan C: SAR 250,000 <input type="checkbox"/> Plan D: SAR 500,000	<input type="checkbox"/> البرنامج أ: 50,000 ريال سعودي <input type="checkbox"/> البرنامج ب: 100,000 ريال سعودي <input type="checkbox"/> البرنامج ج: 250,000 ريال سعودي <input type="checkbox"/> البرنامج د: 500,000 ريال سعودي										
Note: Sum covered not to exceed 10 years' annual income from all combined Takaful/Insurance Plans.	ملاحظة: يجب أن لا يتجاوز مبلغ التغطية من جميع برامج تكافل إجمالي الدخل السنوي لـ 10 سنوات.										
تجديد تلقائي											
SABB Takaful can renew your Personal Accident Takaful Plan automatically upon expiry.	يمكن لساب تكافل أن تقوم بتجديد برنامج تكافل للحوادث الشخصية الخاص بك تلقائياً عند الانتهاء.										
Do you wish to opt for this facility? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	هل ترغب باختيار هذه الخدمة؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا										
تفاصيل الدفع											
Please tick (✓) the appropriate box and fill in the relevant information	الرجاء وضع علامة (✓) في الخانة المناسبة وملء المعلومات المتعلقة بها										
<input type="checkbox"/> Credit Card <input type="checkbox"/> Debit my Account	<input type="checkbox"/> بطاقة الائتمان <input type="checkbox"/> الخصم من حسابي										
Card No.: _____	رقم البطاقة: _____										
Account No.: _____	رقم الحساب: _____										
Bank Name: _____	اسم البنك: _____										
Card Expiry Date: _____	تاريخ انتهاء البطاقة: _____										
Card Type: VISA / MasterCard / Others _____	نوع البطاقة (فيزا / ماستر كارد / أخرى) _____										
الأشخاص المضامين للتأمين											
Please fill in details of the additional members to be insured	الرجاء تزويدنا بمعلومات الأشخاص الذين تود إضافتهم إلى التأمين										
Plan	البرنامج	Date of Birth	تاريخ الميلاد	Gender	الجنس	Relationship	صلة القرابة	Last Name	اسم العائلة	First Name	الاسم الأول
إقرار											
I agree to subscribe to Personal Accident Takaful Plan and confirm that I have read and understood the terms, conditions and exclusions as set out in this Plan.	أوافق على الاشتراك في برنامج تكافل للحوادث الشخصية وأقر أنني قد قرأت وفهمت الشروط والأحكام والاستثناءات كما هي محددة في البرنامج.										
I authorise SABB Takaful to debit the above-mentioned bank account or credit card for the payment of my Plan's contribution amount.	وأفوض ساب تكافل بالخصم من رقم الحساب المصرفي المذكور أعلاه أو بطاقة الائتمان وذلك من أجل سداد مبلغ الاشتراك الخاص ببرنامجي.										
I am also aware that any misleading or fraudulent misstatements made on my part will result in the plan cover being declared void by SABB Takaful.	أنا أيضاً مدرك بأن أي معلومات خاطئة أو أقوال غير صحيحة من قبلي ستؤدي إلى إلغاء برنامج التغطية من قبل ساب تكافل.										
Date: _____	التوقيع: _____										
_____	التاريخ: _____										
_____	التوقيع: _____										