

SABB Takaful سبب تكافل

عضو مجموعة HSBC

REQUEST FOR AMENDMENT FORM

Please complete in BLOCK LETTERS and tick (✓) as appropriate

نموذج طلب تعديل

الرجاء الكتابة بخط واضح والإشارة بعلامة (✓) في المكان المخصص

| PERSONAL DETAILS | | التفاصيل الشخصية | |
|------------------------|---------------------------------------|------------------|--|
| Date التاريخ | Name of Policyholder اسم حامل الوثيقة | | |
| Policy No. رقم الوثيقة | Name of Participant اسم المشترك | | |

AMENDMENTS

I hereby request that the above Policy be changed in the following marked particulars: بموجب هذا، أطلب تعديل الوثيقة أعلاه بحسب البيانات المشار إليها التالية:

| Personal Related | | متعلقة بالمعلومات الشخصية | |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Address العنوان | <input type="checkbox"/> | | |
| Building No. / Street رقم المبنى / الشارع | District / Unit No. الحي / رقم الوحدة | P.O. Box No. رقم صندوق البريد | |
| Other Address عنوان آخر | City المدينة | Postal Code الرمز البريدي | |
| <input type="checkbox"/> Contact Details بيانات الاتصال | <input type="checkbox"/> | | |
| رقم الجوال Mobile No. | رقم هاتف المنزل/المكتب Home/Office Tel. No. | رقم الفاكس Fax No. | |
| البريد الإلكتروني E-mail | | | |
| What is your preferred language for correspondence? ما هي لغة المراسلات المفضلة لديك؟ | <input type="checkbox"/> Arabic عربي <input type="checkbox"/> English إنجليزي | What is your preferred mode of correspondence? ما هي وسيلة المراسلة المفضلة لديك؟ | <input type="checkbox"/> Letter بريد <input type="checkbox"/> Fax فاكس <input type="checkbox"/> E-mail بريد إلكتروني |

Payment Related

Important note: When completing any of the sections below, a new Payment Mandate needs to be completed and attached to this request. **ملاحظة هامة:** عند تعبئة أي من الفقرات المتعلقة بالدفع أدناه، يجب إكمال نموذج قسيمة دفع جديدة وإرفاقها مع هذا الطلب.

| | | | |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Frequency of Payment تكرار الدفع | <input type="checkbox"/> Annual سنوي <input type="checkbox"/> Semi-annual نصف سنوي <input type="checkbox"/> Quarterly ربع سنوي <input type="checkbox"/> Monthly شهري | | |
| <input type="checkbox"/> Method of Payment طريقة الدفع | (Note: If this will result in changing account number please complete below section) (ملاحظة: إذا نتج عن ذلك تغيير رقم الحساب، يرجى إكمال الفقرة أدناه) | <input type="checkbox"/> Standing Instruction تعليمات دائمة <input type="checkbox"/> Credit Card بطاقة إئتمان <input type="checkbox"/> Direct Debit خصم مباشر | |
| <input type="checkbox"/> Account Details بيانات الحساب | (Note: If this will result in changing account number please complete below section) (ملاحظة: يجب أن يكون الحساب الجديد باسم حامل/حملة الوثيقة) | | |

| | | | |
|-----------------------------------|------------------------------------|--|--|
| Bank Name اسم البنك | New Account No. رقم الحساب الجديد | | |
| Expiry Date تاريخ انتهاء الصلاحية | Credit Card No. رقم بطاقة الإئتمان | | |

Contribution Related

| | | | |
|--|--------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Increase/Decrease Contribution (Note: The increase of Contribution will not increase the Benefit Amount unless specifically requested by the Policyholder in Policy Related section) زيادة/تخفيض الاشتراك (ملاحظة: لن تزيد زيادة الاشتراك من قيمة المنفعة إلا إذا تقدم حامل الوثيقة بطلب ذلك تحديداً في القسم المتعلق بالوثيقة) | <input type="checkbox"/> | | |
| From من | To إلى | | |

AMENDMENTS (CONT'D)

التغييرات (تابع)

Policy Related

متعلقة بالوثيقة

Reprint Policy/Certificate
(Note: Part 2 of the Declaration below must be signed)

إعادة طباعة الوثيقة / الشهادة
(ملاحظة: يجب توقيع الجزء الثاني من الإقرار أدناه)

Lost مفقودة

Destroyed تالفة

Others أخرى

Increase/Decrease the Rider Term

تمديد / تقليص مدة العقد الإضافي

From _____ من

To _____ إلى

Modify/Delete Existing Beneficiary(ies)

تعديل / حذف المستفيد (ين) الموجود (ين)

| Name of Beneficiary | اسم المستفيد | Type of Amendment | نوع التغيير | ID No. | رقم الهوية | Share | النسبة |
|---------------------|--------------|-------------------|-------------|--------|------------|-------|--------|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

Add/Delete/Modify Rider(s)

(Note: If the Declaration below cannot be completed, please provide full details of any changes. Until advised to the Company, Cover changes is not effective)

إضافة / حذف / تعديل العقد الإضافي
(ملاحظة: إذا لم يكن بالإمكان إكمال الإقرار أدناه، يرجى تزويدنا بكافة التفاصيل المتعلقة بأية تغييرات، وسوف لن يكون أي تغيير في التغطية نافذاً حتى يتم إعلام الشركة بهذه التغييرات)

| Rider Type | نوع العقد الإضافي | Type of Amendment | نوع التغيير | Amount | المبلغ |
|-------------------------------------|--|-------------------|-------------|--------|--------|
| Accidental death benefit | <input type="checkbox"/> منفعة الوفاة الناتجة عن حادث | | | | |
| Accidental medical expenses benefit | <input type="checkbox"/> منفعة المصاريف الطبية الناتجة عن حادث | | | | |
| Critical Illness benefit | <input type="checkbox"/> منفعة الأمراض المستعصية | | | | |
| Partial and permanent disability | <input type="checkbox"/> منفعة العجز الجزئي الدائم | | | | |
| Total and Permanent disability | <input type="checkbox"/> منفعة العجز الكلي الدائم | | | | |
| Waiver of contribution benefit | <input type="checkbox"/> منفعة الإعفاء عن دفع الاشتراكات | | | | |
| Others | <input type="checkbox"/> أخرى | | | | |

Other Amendments

تغييرات أخرى

DECLARATION

إقرار

1) I, the undersigned, under the policy mentioned above, hereby 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 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.

1) أقر أنا الموقع أدناه، بموجب الوثيقة المذكورة أعلاه، بأنه ومنذ إصدار الوثيقة الأصلية لم يطرأ أي تغيير في وظيفتي وبأنني بصحة جيدة وخالٍ 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.

2) Request for copy of the Policy: I hereby declare that the above numbered policy was lost or destroyed. This policy is not now assigned, nor has it been otherwise transferred or encumbered in any manner. No person, company, or corporation has or claims to have any right to possession of this policy.

2) طلب نسخة من الوثيقة: أصرح بأن الوثيقة المذكور رقمها أعلاه مفقودة أو تالفة. هذه الوثيقة لم يتم التنازل عنها، ولم تحوّل أو ترهن بأي شكل.

I agree that should the original policy be found or in any way come into my possession, I will return the duplicate policy to the company.

كذلك، لم يكن لأي شخص أو مؤسسة أو شركة الحق بامتلاك هذه الوثيقة أو المطالبة بذلك الحق. وأوافق على إعادة النسخة الإضافية للوثيقة إلى الشركة إذا تم العثور على الوثيقة الأصلية أو رجعت لحوزتي بأي طريقة.

Signature of Participant

توقيع المشترك

Signature of Policyholder

توقيع حامل الوثيقة