

SABB Takaful ساب تكافل

HSBC  عضو مجموعة

SIMPLE SAVINGS PROPOSAL FORM

This form is to be completed by the Policyholder

نموذج عرض الادخار الميسر

يجب إكمال النموذج من قبل حامل الوثيقة

1. DETAILS OF PROPOSED POLICYHOLDER/PARTICIPANT		1. تفاصيل حامل الوثيقة / المشترك المتقدم	
Name (as shown in ID Card or Passport)		الاسم (كما هو موجود في بطاقة الهوية أو جواز السفر)	
Saudi ID / Iqama No.	بطاقة الأحوال/رقم الإقامة	Passport No.	رقم جواز السفر
Date of Birth (DD/MM/YYYY)		تاريخ الميلاد (يوم/شهر/سنة)	
Martial Status	الحالة الاجتماعية	Nationality	الجنسية
<input type="checkbox"/> Single أعزب	<input type="checkbox"/> Married متزوج	<input type="checkbox"/> Other أخرى	
Gender	الجنس	Country of Birth	بلد الميلاد
<input type="checkbox"/> Male ذكر	<input type="checkbox"/> Female أنثى		
E-mail	البريد الإلكتروني	Fax	فاكس
Occupation (state exact duties)	المهنة (وضح المهام كلها)	Business / Trade Nature	طبيعة العمل/التجارة
Name and Address of Employer / Company (complete only in the event of business/corporate related business)		اسم وعنوان صاحب العمل/ الشركة (يرجى إكماله فقط في الحالات المتعلقة بالشركات وأعمال الشركات)	

2. DETAILS OF PARTICIPANT (if different from Policyholder at 1 above)		2. تفاصيل المشترك (إذا كان مختلفاً عن المذكور أعلاه)	
Name (as shown in ID Card or Passport)		الاسم (كما هو موجود في بطاقة الهوية أو جواز السفر)	
Saudi ID / Iqama No.	بطاقة الأحوال/رقم الإقامة	Passport No.	رقم جواز السفر
Date of Birth (DD/MM/YYYY)		تاريخ الميلاد (يوم/شهر/سنة)	
Martial Status	الحالة الاجتماعية	Nationality	الجنسية
<input type="checkbox"/> Single أعزب	<input type="checkbox"/> Married متزوج	<input type="checkbox"/> Other أخرى	
Gender	الجنس	Country of Birth	بلد الميلاد
<input type="checkbox"/> Male ذكر	<input type="checkbox"/> Female أنثى		
E-mail	البريد الإلكتروني	Fax	فاكس
Occupation (state exact duties)	المهنة (وضح المهام كلها)	Business / Trade Nature	طبيعة العمل/التجارة
Participant Relationship to the Policyholder		صلة قرابة المشترك بحامل الوثيقة	

3. ADDRESS		3. العنوان	
Building No.	رقم المبنى	Street	الشارع
P. O. Box No.		رقم صندوق البريد	
District/Unit	الحي/الوحدة	City	المدينة
Postal Code		الرمز البريدي	

What is your preferred language for correspondence?	ماهي لغة المراسلات المفضلة لديك؟	What is your preferred mode of correspondence?	ماهي وسيلة الاتصال المفضلة لديك؟
<input type="checkbox"/> Arabic عربي	<input type="checkbox"/> English إنجليزي	<input type="checkbox"/> Letter بريد	<input type="checkbox"/> Fax فاكس
		<input type="checkbox"/> E-mail بريد إلكتروني	

4. CONTRIBUTION DETAILS		4. تفاصيل الاشتراك	
Frequency <input type="checkbox"/> Yearly سنوي <input type="checkbox"/> Semi-annual نصف سنوي <input type="checkbox"/> Quarterly ربع سنوي <input type="checkbox"/> Monthly شهري	التكرار	Amount (SAR) المبلغ (ريال سعودي)	Term (Years) المدة (سنوات)
Method of payment <input type="checkbox"/> Direct Debit خصم مباشر <input type="checkbox"/> Credit Card (please fill in the details below) بطاقة ائتمان (يرجى ملء البيانات أدناه)			
Credit Card No. <input type="text"/>	رقم البطاقة الائتمانية	Card Type <input type="checkbox"/> Visa فيزا <input type="checkbox"/> Mastercard ماستر كارد <input type="checkbox"/> Other أخرى	Expiry Date تاريخ انتهاء الصلاحية سنة YYYY شهر MM يوم DD

5. BENEFICIARY DETAILS				5. تفاصيل المستفيد			
الاسم Name	صلة القرابة Relationship	العمر Age	الحصة Share				

6. DECLARATION AND AUTHORISATION		6. اقرار و تفويض	
I declare and agree that:		أنا أقر وأوافق أن:	
1. I have understood the concept of Takaful and agree to appoint SABB Takaful Company to manage the Takaful operations and the related Fund according to Shariah principles.	1. أفهم مضمون التكافل وأوافق على تعيين شركة ساب تكافل لإدارة عمليات التكافل والصندوق المرتبط بها بما يتوافق مع مبادئ وأحكام الشريعة.		
2. Information provided in this form is complete and correct to the best of my knowledge.	2. المعلومات المعطاة في هذا النموذج هي كاملة وصحيحة على حد علمي واعتقادي.		
3. Only written statements or representations accepted and approved by an authorised officer of the Company are binding on the Company. All other statements or representations made to or given by the Company's representatives or any other person are not binding.	3. فقط التصريحات والتوضيحات الكتابية التي تم قبولها والموافقة عليها بواسطة مسئول رسمي للشركة هي التي سلتزم الشركة. كافة التصريحات والتوضيحات الأخرى الموجهة للشركة أو المقدمة من قبل مندوبي الشركة أو أي شخص آخر لن تكون ملزمة.		
4. The Family Takaful Benefit starts after the Company has received cleared funds and the Policy has been issued.	4. سوف تبدأ منفعة التكافل العائلي بعد استلام الشركة للصناديق المصفاة وبعد إصدار الوثيقة.		
5. I have 21 days (or such other period as the Company may grant us) from the Policy delivery date to cancel the Policy.	5. لدي 21 يوماً (أو فترة مماثلة حسب تعليمات الشركة) منذ تاريخ إرسال الوثيقة يمكن خلالها إلغاء الوثيقة.		
Furthermore I agree and authorise any insurance office or organisation, to release to SABB Takaful Company and SABB Takaful Company to release to any insurance office or organisation any relevant information concerning me and/or the Participant (if different) at any time irrespective of whether the proposal is accepted by the Company.	بالإضافة إلى ذلك أوافق وأفوض أي مكتب أو شركة تأمين بالإفصاح لشركة ساب تكافل، وشركة ساب تكافل بالإفصاح لأي مكتب أو شركة تأمين بأي معلومات تتعلق بي و/أو المشترك (إن كان مختلفاً) في أي وقت بغض النظر عما إذا كان عرضي قد تمت الموافقة عليه من قبل الشركة أم لا.		
This declaration and authorisation shall bind our successors and assignees and remains valid, notwithstanding death or irrespective of whether my proposal is accepted by the Company or not. A photocopy of this authorisation shall be as effective and valid as the original.	وهذا الإقرار والتفويض سوف يلزم مساعدينا ومفوضينا ويظل صالحاً على الرغم من الوفاة وبغض النظر عما إذا كان عرضنا قد تمت الموافقة عليه من قبل الشركة أم لا. سوف تكون النسخة المصورة من هذا التفويض فعالة وصالحة تماماً مثل الأصل.		
We agree that a person who is not a party to this agreement shall have no right under the contracts to enforce any of its items.	نحن نوافق على أن الشخص الذي لم يكن طرفاً في هذه الاتفاقية لن يكون له أي حق بموجب العقود لتنفيذ أي من بنوده.		
We confirm that we have received a copy of the Key Features Document and Benefit Illustration on the plan purchased. The contents of these documents received have been explained to our satisfaction.	نحن نؤكد أننا استلمنا نسخة من النشرة التعريفية والعرض التوضيحي للمنتفعة عند شراء البرنامج. وأن محتويات هذه المستندات المستلمة قد تم شرحها بما يرضينا.		
Witnessed by الشاهد	Signature of Policyholder توقيع حامل الوثيقة	Date التاريخ	
If the Policyholder is a company / corporation, provide name and designation of signatory and affix company stamp.		إذا كان حامل الوثيقة شركة أو مؤسسة يرجى ذكر اسم ووظيفة صاحب التوقيع ووضع ختم الشركة.	