



Addition, Deletion, and Correction Form

نموذج إضافة، حذف، تعديل

Addition إضافة

Deletion حذف

Correction تعديل

APPLICANT'S DETAILS

بيانات مقدم الطلب

Entity Name	اسم العميل
CR No.	رقم الحساب
Sponsor No.	رقم السجل

INSURANCE COORDINATOR DETAILS

تفاصيل مسؤول التأمين

Name	الاسم
Mobile	رقم الجوال
Email	البريد الإلكتروني
ID No.	رقم الهوية

PLEASE PROVIDE THE FOLLOWING

يرجى تزويدنا بما يلي

Members data on excel including the following information: بيانات الأعضاء على ملف إكسل يتضمن المعلومات التالية:

Full Name, Class, Relation, Gender, DOB, Marital Status, ID No., ID expiry date, Nationality, Occupation & Sponsor No. الاسم الكامل، الفئة، العلاقة، الجنس، تاريخ الميلاد، الحالة الإجتماعية، رقم الهوية، تاريخ انتهاء الهوية، الجنسية، المسمى الوظيفي و رقم الكفيل.

UNDERTAKINGS

الإقرار و التفويض

We hereby declare that the statements made by us in this proposal are to the best of our knowledge, complete and true, and we hereby agree that this form shall constitute and forming part of policy issued in connection with the above risk. Solidarity Saudi Takaful Co. has the right to inspect and investigate the medical record with any medical provider as deemed appropriate and necessary.

بهذا نُقر بأنه على حد علمنا واعتقادنا بأن المعلومات و البيانات المُعطاة بواسطتنا في هذا الطلب صحيحة و كاملة. ونوافق على أن هذا الطلب يُمثّل أساس التعاقد و يشكل جزءاً أصيلاً من وثيقة التأمين فيما يختص بالخطر المذكور أعلاه. و لشركة سوليديرتي السعودية للتكافل الحق في فحص و تدقيق السجلات الطبيّة لدى أي طبيب أو مزوّد خدمة متى ما كان ذلك ضرورياً.

Date	التاريخ
Insurance Coordinator Signature	توقيع مسؤول التأمين
Stamp	الختم