

نموذج توزيع فائض عمليات التأمين
Surplus Distribution Form



Kindly fill this form and send it with a copy of your Commercial Registration to:
surplusdistribution@allianzsf.com.sa

يرجى تعبئة هذا النموذج وإرساله مع صورة من السجل التجاري إلى:
surplusdistribution@allianzsf.com.sa

Customer Name	_____	إسم العميل
Commercial Registration Number	_____	رقم السجل التجاري
Phone / Mobile Number	_____	رقم الهاتف/الجوال
Policy Number	_____	رقم وثيقة التأمين

Surplus payment method (Choose one) طريقة إستلام الفائض المستحق (إختار طريقة واحدة)

Deduct from outstanding premiums حسم من الأقساط المستحقة

Cheque شيك مصرفي

Bank transfer * تحويل بنكي *

Donate to authorized charities ** تبرع للجمعيات الخيرية المرخصة **

*** Please fill the information below if bank transfer is selected.** * عند إختيار تحويل بنكي، يرجى تعبئة المعلومات أدناه:

Bank Name :	_____	إسم البنك :
Beneficiary Name :	_____	إسم المستفيد :
Account Number :	_____	رقم الحساب :
IBAN Number :	_____	رقم الأبيان :

**** Please provide the information below if donate to authorized charities is selected:**

In accordance to this authorization, We _____ CR Number _____ authorize Allianz Saudi Fransi Cooperative Insurance Company to donate the Surplus amount due to us to the authorized charities amounting to SR. _____

Date _____ Signature _____ Customer Seal _____

**** عند إختيار تبرع للجمعيات الخيرية المرخصة، يرجى تعبئة التفويض أدناه:**

بموجب هذا التفويض، نفوض نحن/ _____ سجل تجاري رقم _____ شركة أليانز السعودي الفرنسي للتأمين التعاوني بالتبرع بمبلغ فائض عمليات التأمين المستحق لنا والبالغ _____ ريال سعودي للجمعيات الخيرية المرخصة.

التاريخ : _____ التوقيع : _____ ختم العميل المعتمد : _____

We confirmed the validity of the above mentioned information, and agree on the terms, provisions and procedures of this Form.

Customer Name _____ Date _____ Signature _____

أقر بصحة المعلومات الواردة أعلاه وأوافق على شروط وأحكام وإجراءات هذا النموذج.

إسم العميل _____ التاريخ _____ التوقيع _____