

نموذج توزيع فائض عمليات التأمين
Surplus Distribution Form



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

يرجى تعبئة هذا النموذج وإرساله مع صورة من الهوية أو بطاقة مقيم إلى:
surplusdistribution@allianzsf.com.sa

Customer Name	_____	إسم العميل
National ID / Iqama Number	_____	رقم الهوية الوطنية / هوية مقيم
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, I _____ ID Number _____ hereby authorize Allianz Saudi Fransi Cooperative Insurance Company to donate the Surplus Amount due to me to the authorized charities amounting to SR. _____

Date _____ Signature _____

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

بموجب هذا التفويض، أفوض أنا/ _____ هوية وطنية/هوية مقيم رقم _____ شركة أليانز السعودي الفرنسي للتأمين التعاوني بالتبرع بمبلغ فائض عمليات التأمين المستحق لي والبالغ _____ ريال سعودي للجمعيات الخيرية المرخصة.

التاريخ _____ التوقيع _____

I 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 _____