

نموذج طلب التمويل

رقم الطلب: نوع المنتج: اسم الموظف:

معلومات مقدم الطلب (او المتضامن)

الأسم الكامل:
مكان الميلاد:
الجنس: ذكر أنثى الحالة الاجتماعية: أعزب متزوج
 الهوية الوطنية الإقامة
مكان الأصدار:
السكن الحالي: شقة سكنية فيلا
المدينة: الحي:
صندوق البريد: الرمز البريدي:
السكن الحالي: ملك إيجار آخر، حدد:

صلة القرابة بمقدم الطلب للمتضامن:
الجنسية:
رقم الهوية:
تاريخ إنتهاء الهوية:
تاريخ الميلاد:
البريد الإلكتروني:
الجوال:
هاتف المنزل الحالي:

معلومات التوظيف

تصنيف العمل: قطاع حكومي قطاع عسكري قطاع خاص متقاعد صاحب مهنة حرة

مسمى الوظيفة:
جهة العمل:
تحويلة:
تاريخ صرف الراتب شهرياً:
ص.ب.:

مدير شؤون الموظفين:
هاتف العمل:
الراتب الشهري:
تاريخ الإلتحاق بالعمل:
المدينة: الرمز البريدي:

اقرار

أقر بأن البيانات أعلاه جميعها صحيحة و تحت مسؤوليتي. كما اتعهد بإشعار الشركة السعودية لتمويل المساكن بأي تغيير يطرأ على البيانات أعلاه مع تحملي أية مسؤولية ناتجة عن إهمالي في ذلك أقر أنا الموقع أدناه، بموافقتي على تزويد (الشركة السعودية لتمويل المساكن) بأي معلومات تطلبها لفتح، و/أو تدقيق، و/أو إدارة حساباتي و تسهلاتي كما أفوضها بجمع كافة المعلومات اللازمة من الشركة السعودية للمعلومات الإئتمانية (سمة). كما أفوضها بالإفصاح و تبادل كافة المعلومات من و إلي سمة (بموجب اتفاقية مشاركة المعلومات) أو لأي جهة تقرها مؤسسة النقد العربي السعودي. كما أقر بأنه في حالة تراجعني أو عدولي عن اتمام الصفقة قبل اتمام إفراغ صك العقار لصالح الشركة السعودية لتمويل المساكن فإني أتنازل عن مبلغ التقييم و/أو الرسوم الإدارية (لا يمكن استرداد رسوم التقييم عند طلب تقييم العقار.

التاريخ: الاسم الثلاثي:
التوقيع:

بيانات معرفة العميل

رقم الطلب:

معلومات العقار المالية

نوع العقار: فيلا شقة أرض مبنى سكني استخدام هذه الملكية: مسكن أساسي بيت آخرقيمة الشراء: الدفعة الأولى: مبلغ التمويل: مدة التمويل: نسبة الربح: القسط الشهري:

بيانات معرفة العميل

هل هذا هو المسكن الاول الذي سوف تمتلكه؟ نعم لاهل تعتبر شخص ذو صفة سياسية أو من الأشخاص الذين لديهم وظائف عامة بارزة في المملكة أو في دول أخرى والتي تتضمن (السياسيين المهمين ومسؤولي المؤسسات الحكومية والجهات القضائية وكبار المسؤولين العسكريين مرتبة لواء أو أعلى) وأقاربهم من الدرجة الأولى أو الأشخاص المرتبطين بهم نعم لا

إذا كانت إيجابتك نعم، يرجى التفصيل:

هل تملك شركة أو تشغل منصب مدير في قطاع معظم تعاملته بالنقد مثل: الصرافة، تجارة المجوهرات و المعادن، المحلات التجارية؟ نعم لا

يرجى تحديد مقدار ثروتك التقريبي صافي الأصول وتشمل النقد والاستثمارات والعقار بعد خصم أي التزامات قائمة مثل القروض:

 اقل من مليون من 1 مليون الى 10 مليون اكثر من 10 مليون

اقرار

بموجب هذا فإني اصرح وأقر بأنني لم أشارك في أي نشاط إجرامي أو غسيل أموال وأن الأقساط المدفوعة من مصدر دخلي المشروع وليست مستعادة من أي أنشطة غير قانونية.

أقر أنا بأن الوثائق المقدمة لتحديد الهوية هي أصلية وجميع التفاصيل المعطاة هي حقيقية وصحيحة بالإضافة الى ذلك أعلن أن ليس لدي أي أسماء اخرى أو تفاصيل هوية أخرى، إلا تلك المقدمة أعلاه. ان المعلومات التي قدمتها في ما يتعلق بتفاصيل هويتي هي حقيقية وصحيحة وأعطاء أي معلومات خاطئة يمكن

أن تجعل عقد التمويل باطلاً

التاريخ: التوقيع:

رقم الطلب:

معلومات مالية

مصدر الدخل:

الإجمالي التقديري للدخل الشهري:

اسم البنك:

فرع:

رقم الحساب:

هل يوجد دخل آخر:

حدد:

نموذج إفصاح المصروفات الشهرية للأفراد

عدد المعالين*:

مصاريف الرعاية الصحية:

عدد العمالة ان وجدت:

مصاريف النقل:

مصاريف التعليم:

فواتير الخدمات:

المواد الغذائية:

ملاحظات:

اي مصروفات او التزامات اخرى (الغير مسجلة في نظام سمه):

إقرار بمصدر الأموال

مصدر الدفعة الأولى:

 تمويل شخصي منحة مدخرات شخصية

أخرى حدد:

إقرار وتعهد مقدم شهادة المسكن الأول

هل هذا هو المسكن الاول ؟

نعم , أؤكد على أنه تم تقديم شهادة المسكن الأول فقط لدى الشركة السعودية لتمويل المساكن والتزم بعدم تقديمها لأي جهة تمويلية أخرى
أو مطور عقاري بغرض الحصول على تمويل عقاري أو سكني.

 لا

التاريخ:

التوقيع:

رقم الطلب:

مواصفات العقار

نوع العقار:

المدينة والحي:

رقم المخطط:

رقم الصك:

تاريخ إصدار الصك:

فسح بناء رقم:

رقم الأرض:

مساحة العقار:

معلومات مالك العقار

نفيديكم عن العقار المذكور أعلاه بالمعلومات المتعلقة بمالك العقار وقيمة العقار كما يلي

قيمة العقار:

رس

اسم المالك:

عنوان المالك:

هاتف:

جوال:

قيمة السعي (إن وُجد):

رس

بواقع:

%

العقار المذكور أعلاه معروض لدينا نحن

ونقر بأننا المستفيدون الوحيدون في السعي أعلاه وليس معنا شركاء فيه

اسم المكتب العقاري :

عنوان المكتب العقاري:

هاتف المكتب العقاري/جوال الوكيل:

توقيع وكيل المكتب العقاري:

ختم وكيل المكتب العقاري/بتاريخ:

توقيع مقدم الطلب/التاريخ:

رقم الطلب:

إقرار و تعهد

بشأن نموذج الاستبيان الخاص بالتأمين الطبي التعاوني على الحياة أو العجز الكلي

م	الموافق	هـ	بتاريخ
	سعودي الجنسية بالهوية الوطنية رقم /		أقر أنا/

و الموقع أدناه بأن الاجابات المقدمة مني في نموذج الاستبيان المطلوبة للتأمين الطبي التعاوني على الحياة أو العجز صحيحة حسب علمي و اعتقادي و قد أكملت الاجابة على نموذج الاستبيان المطلوبة بنفسي بعد قراءة و فهم جميع الأسئلة و الشروط المتعلقة بالتأمين الطبي . وأنني باصالة عن نفسي وعن أي شخص قد تكون لديه مصلحة في أي عقد تأمين يتم إصداره بناء على الاستبيان الطبي الموقع مني , نقر بعلمنا بأن عدم الافصاح عن أية حقيقة طبية بنموذج الاستبيان الطبي سيؤدي الى رفض أي مطالبة متعلقة بهذا التأمين و الحرمان من التعويض المتمثل في الوفاء بالوعد بالتصديق باسمي أو باسم ورثتي , وهذا اقرار و تعهد موقع مني بمحض إرادتي . و الله الموفق , ,

أسئلة عامة

1. خلال الخمس سنوات الماضية هل حدث ان لم تتمكن من العمل لمدة 30 يوم متتالية؟
2. هل سبق لك او مازلت تحت العلاج للأمراض التالية: ارتفاع ضغط الدم، جلطة في القلب، امراض في الجهاز التنفسي، فشل كلوي، فقدان او اضطراب بالشهية، قرحة، انهيار عصبي، انزلاقات العظام الفقري (الدسك)، شلل، غيبوبة، امراض السكري، ارتفاع الكوليسترول، مرض نقص المناعة المكتسبة (الايدز)، اورام، سرطان، او اي امراض خطيرة اخرى او عجز؟
3. هل سبق ان اصبت بجروح خطيرة؟
4. هل سبق ان قمت باجراء عملية جراحية او تم تقديم النصح لك بعمل عملية جراحية؟
5. هل سبق لك أخذ او هل مازلت تأخذ علاج او دواء لاي مرض او اضطراب؟
6. هل تسعى للحصول على استشارة طبية، او علاج او قمت بعمل اي فحص طبي؟
7. هل سبق ان اجريت فحص وظهرت النتائج ايجابية لمرض نقص المناعة المكتسبة (الايدز) او التهاب الكبد الوبائي B او C او تم فحصك او علاجك لاي من الأمراض التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي او ما اذا كنت بانتظار نتائج هذه الفحوصات؟ الرجاء ذكر تفاصيل في حال الاجابة بنعم.
8. هل سبق ان قمت بالتدخين خلا ال12 شهر الماضية؟ الرجاء ذكر عدد السجائر في اليوم في حال الاجابة بنعم.
9. هل حدث وان توفي احد والديك او اخواتك او اخواتك او عانوا من امراض القلب او الدورة الدموية، السرطان، السكري، امراض الكلى، اضطرابات وراثية قبل سن ال65؟ الرجاء تحديد العمر عند الاصابة في حال الاجابة بنعم.

إذا قمت بالإجابة ب "نعم" لأي من الفقرات أعلاه، فيرجي تقديم كامل التفاصيل في الأسفل (إذا كانت سبب الاستشارة إجراء الفحص، فيرجي تحديد سبب إجراء الفحص مع ذكر نوع الاختبار وتاريخ إجراؤه وإرفاق أي نتائج متوفرة) يرجى استخدام ورقة خارجية عند الحاجة وإرفاق تقارير الخروج من المستشفى وتقارير طبية حديثة من الطبيب المعالج

رقم السؤال	تفاصيل الحالة	مدة استمرارية الحالة	تاريخ العلاج	تاريخ التعافي تماماً الشهر السنة	اسم وعنوان الطبيب

10. هل سبق لأي فرد من أفراد عائلتك المقربين أن توفي أو عانى من أي حالة من الحالات المذكورة أعلاه؟

أفراد العائلة	العمر	الحالة الصحية /سبب الوفاة	العمر عند تشخيص الحالة	العمر عند الوفاة

التوقيع:

الاسم الثلاثي:

رقم الطلب:

اقرار صحي

رقم الهوية:	الاسم الثلاثي:
العمر:	تاريخ الميلاد:
القسط الشهري:	مبلغ التمويل المطلوب:
تاريخ الابتداء:	طريقة الدفع: <input type="checkbox"/> المباشر <input type="checkbox"/> الخصم
رقم الطلب:	تاريخ الانتهاء:
الوزن (كجم):	الطول (سم):

اقر بأنني لا أعاني من أي مرض مزمن أو معدي ولا أي عجز جسدي ولم أخضع لأي علاج طبي دوري ولم يكن بحد علمي بأنني مصاب بفيروس نقص المناعة المكتسبة ولم أنوي ولم أخضع لأي عملية جراحية أو طبية أو مراقبة أو علاج دوري لأي من الأمراض التالية: الدورة الدموية أو الجهاز الهضمي أو الجهاز التنفسي أو اضطرابات الأمعاء والعظام أو الأورام أو السرطان خلال الخمس سنوات المنصرمة ولم يرفض لي التأمين على الحياة ولم يتوقف لي أي نشاط مهني لمدة أكثر من 60 يوم بسبب حادث أو مرض أو الإقامة في المستشفى لأكثر من 14 يوم متواصلة. وأشهد أيضاً أنني لا أتعرض لأي خطر ناتج عن طبيعة عملي أو من الأنشطة الروتينية وغير الروتينية التي أزاؤها يومياً.

تعهد

انا الموقع ادناه وحيث انني انوي أن أومن على حياتي واصرح بان البيانات المكتوبة اعلاه بهذا الطلب سواء بخط يدي أو لا بأنها صحيحة وكاملة على حد علمي واعتقادي بالإضافة إلى الاقرار فإن اي بيانات ذات علاقة سوف تشكل جزءاً أساسياً من عقد التأمين على حياتي، وان أي خطأ بالتصريح والمعلومات سوف تلغي هذه الوثيقة. اقر انني لن اطالب ان يدفع لي اي منافع نتيجة لهذا العقد بسبب المطالبة من مشاكل في القلب، والسكتة الدماغية والسرطان والسكري، والعدوي بفيروس نقص المناعة المكتسبة أو اي شرط اخر والتي كنت على علم بها، او التي كنت تلقيت العلاج لها، وذلك قبل التوقيع على هذا الاقرار ووافق وافوض شركة ميدغلف ان تحصل على اي معلومات من اي طبيب وفي اي وقت، فيما يتعلق بأي شئ يتعلق بصحتي الجسدية والعقلية او الحصول على اي معلومات من اي شركة تأمين تم تقديم طلب تأمين للحياة وان لها الحق بأخذ مثل هذه المعلومات، كما افوض الشركة أيضاً بمراجعة المرافق الصحية لأخذ اي معلومات تري من الضروري الحصول عليها.

التاريخ:	توقيع مقدم الطلب:
----------	-------------------