

Kindly fill this form and send it with a copy of your ID/Iqama to:  
surplusdistribution@allianzsf.com.saيرجى 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 (اختر طريقة واحدة)

Deduct from outstanding premiums  حسم من الأقساط المستحقة

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 الأيبان :

**\*\* 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 \_\_\_\_\_