



### Surplus Distribution Form

Kindly Fill this form and send it with a copy of your, ID / Iqama to:  
[info@alsagr.com](mailto:info@alsagr.com)

نموذج توزيع فائض عمليات التأمين  
يرجى تعبئة هذا النموذج وإرساله مع صورة من الهوية أو بطاقة مقيم إلى:  
[info@alsagr.com](mailto:info@alsagr.com)

Customer Name		اسم العميل:
National ID / Iqama Number		رقم الهوية الوطنية / هوية مقيم
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	<input type="checkbox"/>	حسم من الاقساط المستحقة
Bank Transfer *	<input type="checkbox"/>	تحويل بنكي*
Donate to Authorized Charites **	<input type="checkbox"/>	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:
IBAN Number		رقم الأيبان:

عند إختيار تبرع للجمعيات الخيرية المرخصة, يرجى تعبئة التفويض ادناه:  
بموجب هذا التفويض, افوض أنا/ ..... هوية وطنية / هوية مقيم ..... شركة الصقر للتأمين بالتعاون بالتبرع بمبلغ فائض عمليات التأمين المستحق لي والبالغ ..... ريال سعودي للجمعيات الخيرية المرخصة.

#### \*\* Please provide the information below if you choose to donate the surplus

In accordance to this authorization, I ..... ID Number ..... hereby authorize Al Sagr Cooperative Insurance company to donate the Surplus amount due to me SR..... to the authorized charities

I confirmed the validity of the above stated information and agree on the terms, provisions and procedures of this form

Customer Name ..... Date ..... Signature .....

أقر بصحة المعلومات الواردة اعلاه ووافق على شروط وإجراءات هذا النموذج.  
أسم العميل ..... التاريخ ..... التوقيع .....