



نموذج رقم (224)

نموذج التأمين التكميلي الاختياري الباب الخامس

..... / /	تاريخ تقديم الطلب
	الرقم المدني
	الاسم
	رقم الهاتف
	البريد الإلكتروني
	العنوان

أُتقدم بطلب: (يرجى اختيار المطلوب واستيفاء البيانات)

<input type="checkbox"/>	تعديل شريحة بدء الاشتراك		
..... / /	تاريخ بدء الاشتراك		
300 ○	200 ○	100 ○	الشريحة بدء الاشتراك
			الشريحة المراد التعديل إليها

<input type="checkbox"/>	الاشتراك		
..... / /	تاريخ بدء الاشتراك		
300 ○	200 ○	100 ○	الشريحة المراد الاشتراك بها

<input type="checkbox"/>	تعديل الشريحة التي تؤدي على أساسها الاشتراك
..... / /	الشريحة المطلوب تعديلها الحالية
الشريحة المراد التعديل إليها (أدنى / أعلى)	

<input type="checkbox"/>	إيقاف الاشتراك
..... / /	تاريخ الإيقاف
شريحة الاشتراك الاختياري	

<input type="checkbox"/>	العودة للاشتراك
..... / /	تاريخ العودة للاشتراك
شريحة الاشتراك	

<input type="checkbox"/>	إلغاء الاشتراك
..... / /	تاريخ إلغاء الاشتراك

إفـراد

☐ أقر بصحة البيانات المدونة أعلاه وأتحمل المسؤولية القانونية في حال ثبوت خلاف ذلك وأن العنوان المدرج أعلاه هو الخاص بكافة المراسلات والإعلانات والرسائل النصية القصيرة SMS والبريد الإلكتروني من المؤسسة وأن أي إخطار عليه يعتبر صحيح قانوناً ما لم أخطر المؤسسة رسمياً وكتابياً بتغيير هذا العنوان ورقم الهاتف النقال وغير ذلك من البيانات المتعلقة بهذا الخصوص أو عدم رغبتني بالخدمة الإلكترونية.

	الاسم
	التوقيع