

رقم الفرصة:

تاريخ الطلب: / / هـ

شراء من طرف ثالث

السادة بنك الرياض المحترمين،

بناءً على رغبة السيد: أعرض لكم ثمن بيع العقار المملوك لنا وفقاً للمواصفات المحددة أدناه:

خيار العقار: فيلا / ديلكس شقة عمارة سكنية أرض استراحة

حالة العقار: مكتمل البناء غير مكتمل البناء

رقم الصك: المساحة:

تاريخ الصك: المدينة:

رقم المخطط: الحي:

رقم القطعة: قيمة العقار:

رقم الوحدة: الرقم الضريبي:

القيمة المضافة:

يتم استيفاء الضريبة / الفاتورة الضريبية من مالك العقار عند الإفراغ

علماً أن هذا العرض يعتبر إيجابياً منا بالبيع لمدة شهر من تاريخ هذا العرض وفي حال رغبتكم خيار شرط فلا مانع لدينا من إعطائكم خيار شرط لمدة شهر من تاريخ قبولكم.

ولكم تحياتي،

مالك العقار: (البائع/المؤسسة/الشركة)

الإسم: رقم الهاتف: الختم:

الصفة: رقم الجوال:

رقم الوكالة: التوقيع:

خاص للإستعمال من قبل البنك

تاريخ الطلب: / / هـ

الموضوع:

السادة: المحترمين

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته
إشارة إلى عرضكم المذكور أعلاه والمتضمن الإيجاب بالبيع علينا بموجب الثمن أعلاه نفيديكم بقبولنا الشراء وفق ما ذكر أن يكون لنا الخيار لمدة شهر من تاريخه.

عن بنك الرياض

الإسم: التوقيع:

الإسم: التوقيع:

أحدهم معتمد + ختم التوقيع

رقم الفرصة:
 التاريخ: / / م
 يجب تعبئة النموذج من قبل المؤمن عليه بجميع المعلومات المطلوبة وبالتفصيل و توقيعه على صحته، وفي حال تبين أن المعلومات غير صحيحة يسقط حقه في التأمين و بطلت على ورثته سداد كامل مبلغ التمويل المستحق

الوزن: Weight:	الطول: Height:	الحالة الاجتماعية (أعزب / متزوج) Marital Status	مكان الميلاد - Place of Birth
الشارع - Street	المدينة - City	الحي - District	العنوان السكن الحالي - Address
المسمى الوظيفي: Job Title:	طبيعة العمل: () مدني () عسكري Work nature: Civilian () Military ()	رقم الجوال / Mobile	مبلغ القرض - Loan Amount
	هاتف العمل / Work Tel	هاتف المنزل / Telephone	مدة القرض - Loan Period
			أرقام التواصل - Contact Info

معلومات التاريخ الطبي:

Please answer each question individually if the answer is Yes or No. Please provide details and dates.	التفاصيل والتواريخ Details	نعم / لا Yes or No	يرجى إجابة كل سؤال على حدة و في خان الجواب نعم يرجى ذكر التفاصيل والتواريخ
1. Are you unable to work now?			1. هل أنت غير قادر على العمل الآن؟
2. Have you been unable to work for 30 consecutive days during the last five years?			2. هل خلال الخمس سنوات الماضية لم تتمكن من العمل لمدة 30 يوماً متواصلة؟
3. Have you suffered any accident caused you serious damage			3. هل تعرضت لأي حادث سبب لك أضرار جسيمة
4. Do you have any disability, total disability or partial disability?			4. هل لديك أي إعاقة أو عجز كلي أو عجز جزئي
5. Have you taken any treatment or medication for more than 14 consecutive days during the past (2) years to treat a disease (eg for, Blood pressure, diabetes, cholesterol, or other diseases).			5. هل تناولت أي علاج أو أدوية لمدة تزيد من 14 يوماً متتالية خلال السنتين (2) الماضيتين لعلاج مرض ما (مثال ولا للحص، ضغط، سكري، كولسترول، وغيرها من الأمراض).

الحالة الصحية السابقة والحالية:

Have you suffered or are suffering from the following diseases or conditions?	نعم / لا Yes or No	هل عانيت سابقاً أو تعاني الآن من الأمراض أو الحالات التالية؟
1. Cardiovascular disease or clotting and high blood pressure?		1. امراض القلب والشرايين أو جلطة أو ارتفاع ضغط الدم؟
2. Diabetes of any kind .?		2. مرض السكري بأي نوع من أنواعه؟
3. Any kind of cancer disease?		3. أي نوع من أمراض سرطان؟
4. Hepatitis .?		4. الكبد الوبائي؟
5. Rheumatic fever and rheumatoid arthritis?		5. الحمى الروماتيزمية أو التهاب المفاصل الروماتويدي؟
6. High cholesterol?		6. كولسترول عالي؟
7. Asthma, bronchitis or other chest problems?		7. الربو و التهاب الشعب الهوائية أو مشاكل أخرى في الصدر؟
8. Difficulty digestion with or without ulceration and inflammation in the colon?		8. صعوبة فيضم مع أو بدون تقرح التهاب في الكولون؟
9. Thyroid, anemia, bloated glands?		9. الدراق، فقر الدم، الغدد المتضخمة؟
10. Kidney and bladder diseases		10. مرض في الكلى أو المثانة؟
11. HIV / AIDS, AIDS?		11. مرض نقص المناعة أو الإيدز HIV + , AIDS (فيروس نقص المناعة البشرية)؟
12. Any psychiatric illness?		12. أي مرض نفسي؟

I acknowledge that the data and answers shown above are complete and correct as far as I know. To the extent permitted by law, I expressly waive on my behalf and any person who benefits from this insurance policy or has a claim under this request and all provisions of the law that prohibit any doctor, hospital official, employee or any other person who has, will or may supervise on my treatment or examination or I may consult, disclose any information, information obtained or certificate about it, and expressly authorize such persons to perform such disclosure and disclosure of information

أقر بأن البيانات والأجوبة الموضحة أعلاه كاملة وصحيحة حسب معرفتي. وإلى الحد المسموح به لنظاماً فرائني أتنازل صراحة نيابة عن وعن أي شخص مستفيد من هذه الوثيقة للتأمين أو لديه مطالبة بموجب هذا الطلب وجميع أحكام القانون التي تمنع أي طبيب أو مستشفى رسمي أو موظف أو أي شخص آخر قام أو سوف قام أو قد يقوم بالإشراف على علاجي أو فحصي أو قد أقوم باستشارته، من إفشاء أي معرفة أو معلومات يتم الحصول عليها أو الشهادة بخصوص ذلك وكما أفوض بصراحة مثل هؤلاء الأشخاص بالقيام بعمل هذا الكشف والإفشاء للمعلومات.

التاريخ: / / م

ختم مطابقة التوقيع:

التوقيع: 

الاسم الرباعي: منصور صالح عاين بنظير

خاص للاستعمال من قبل البنك

التوقيع:

الاسم:

التوقيع:

الاسم:

عرض أسعار / إيجاب بالبيع

رقم الفرصة

تاريخ الطلب / / هـ

السادة / بنك الرياض المحترمين

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

ملاك عقار

بناء على رغبتكم بشراء العقار المملوك لي أعرض عليكم ثمنه وفقاً

خيار العقار: فيلا / دبلكس شقة عمارة سكنية أرض استراحة

حالة العقار: مكتمل البناء غير مكتمل البناء

رقم الصك المساحة

تاريخ الصك المدينة

رقم المخطط الحي

رقم القطعة

رقم الوحدة قيمة العقار

علماً أن هذا العرض يعتبر إيجاباً منا بالبيع لمدة أسبوعين من تاريخ هذا العرض وفي حال رغبتكم خيار شرط فلا مانع لدينا من إعطائكم

خيار شرط لمدة شهر من تاريخ قبولكم. كما التزم بضمن سلامة العقار لكامل مدة التمويل ضد التلف من الإنتفاع وصفته.

(أ) إنحيار المبنى أو العدم دون أن يكون الساكن سبباً في الانحيار

(ب) تعريب الماء داخل الحيطان أو الأسقف وليس بسبب خلل في أنابيب الماء الخارجية أو سوء الاستعمال.

(ج) هبوط في الأسقف أو التصدعات الجوهرية في البناء دون أن يكون الساكن سبباً في العيوب والتصدعات

ولكم تحياتي

مالك العقار: (البائع / المؤسسة / الشركة)

الإسم رقم الهاتف رقم الجوال الختم

الصفة التوقيع رقم الوكالة

خاص للاستعمال من قبل البنك

تاريخ الطلب / / هـ

الموضوع قبول شراء

السادة المحترمين

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

إشارة إلى عرضكم المذكور أعلاه والمتضمن بالإيجاب بالبيع علينا بموجب الثمن أعلاه نفيديكم بقبولنا الشراء وفق ما ذكر على أن يكون لنا الخيار لمدة شهر من تاريخه.

عن بنك الرياض

الإسم التوقيع

الإسم التوقيع

أحدهما معتمد + ختم التوقيع

يجب تعبئة النموذج من قبل المؤمن عليه بجميع المعلومات المطلوبة وبالتفصيل و توقيعه على صحتها، و في حال تبين أن المعلومات غير صحيحة بسقط حقه في التأمين و تبثت على ورتته سداد كامل مبلغ التمويل المستحق

الوزن: Weight:	الطول: Height:	الحالة الاجتماعية (أعزب / متزوج) Marital Status	مكان الميلاد - Place of Birth:
الشارع - Street:	الحي - District:	المدينة - City:	العنوان السكن الحالي - Address:
المسمى الوظيفي: Job Title:	طبيعة العمل: () مدني () عسكري Work nature: Civilian () Military ()	مبلغ القرض - Loan Amount:	مدة القرض - Loan Period:
رقم الجوال / Mobile:	هاتف العمل / Work Tel:	هاتف المنزل / Telephone:	أرقام التواصل - Contact Info:

Medical History Information:

معلومات التاريخ الطبي:

Please answer each question individually if the answer is yes Please provide details and dates.	التفاصيل والتواريخ Details	نعم / لا Yes or No	يرجى إجابة كل سؤال على حدى و في كان الجواب نعم يرجى ذكر التفاصيل والتواريخ.
1. Are you unable to work now?			1. هل أنت غير قادر على العمل الآن؟
2. Have you been unable to work for 30 consecutive days during the last five years?			2. هل خلال الخمس سنوات الماضية لم تتمكن من العمل لمدة 30 يوماً متواصلة؟
3. Have you suffered any accident caused you serious damage			3. هل تعرضت لأي حادث سبب لك أضرار جسدية
4. Do you have any disability, total disability or partial disability?			4. هل لديك أي إعاقة أو عجز كلي أو عجز جزئي
5. Have you taken any treatment or medication for more than 14 consecutive days during the past (2) years to treat a disease (eg for, Blood pressure, diabetes, cholesterol, or other diseases).			5. هل تناولت أي علاج أو أدوية لمدة تزيد عن 14 يوماً متتالية خلال السنتين (2) الماضيتين لعلاج مرض ما (مثال ولا للحصر، ضغط، سكري، كولسترول، وغيرها من الأمراض).

Previous and current health status:

الحالة الصحية السابقة والحالية:

Have you suffered or are suffering from the following diseases or conditions?	نعم / لا Yes or No	هل عانيت سابقاً أو تعاني الآن من الأمراض أو الحالات التالية؟
1. Cardiovascular disease or clotting and high blood pressure?		1. امراض القلب والشرايين أو جلطة أو ارتفاع ضغط الدم؟
2. Diabetes of any kind .?		2. مرض السكري بأي نوع من أنواعه؟
3. Any kind of cancer disease?		3. أي نوع من أمراض سرطانات؟
4. Hepatitis .?		4. الكبد الوبائي؟
5. Rheumatic fever and rheumatoid arthritis?		5. الحمى الروماتيزمية أو التهاب المفاصل الروماتويدي؟
6. High cholesterol?		6. كولسترول عالي؟
7. Asthma, bronchitis or other chest problems?		7. الربو و التهاب الشعب، العوالية أو مشاكل أخرى في الصدر؟
8. Difficulty digestion with or without ulceration and inflammation in the colon?		8. صعوبة في الهضم مع أو بدون تقرح التهاب في الكولون؟
9. Thyroid, anemia, bloated glands?		9. الدراق، فقر الدم، الغدد المتضخمة؟
10. Kidney and bladder diseases		10. مرض في الكلى أو المثانة؟
11. HIV / AIDS, AIDS?		11. مرض نقص المناعة (فيروس نقص المناعة البشرية)؟
12. Any psychiatric illness?		12. أي مرض نفسي؟

I acknowledge that the data and answers shown above are complete and correct as far as I know. To the extent permitted by law, I expressly waive on my behalf and any person who benefits from this insurance policy or has a claim under this request and all provisions of the law that prohibit any doctor, hospital official, employee or any other person who has, will or may supervise On my treatment or examination or I may consult, disclose any information, information obtained or certificate about it, and expressly authorize such persons to perform such disclosure and disclosure of information

أقر بأن البيانات و الأجوبة الموضحة أعلاه كاملة و صحيحة حسب معرفتي. وإلى الحد المسموح به نظماً فأزني أبتزال صراحة نيابة عني و عن أي شخص مستفيد من هذه الوثيقة للتأمين أو لديه مطالبة بموجب هذا البتلك وجميع أحكام القانون التي تمنع أي طبيب أو مستشفى رسمي أو موظف أو أي شخص آخر قام أو سيقوم أو قد يقوم بالإشراف على علاجي أو فحصي أو قد أقوم باستشارته، من إظهار أي معرفة أو معلومات يتم الحصول عليها أو الشهادة بخصوص ذلك و كما أفوض بصراحة مثل هؤلاء الأشخاص بالقيام بمثل هذا الكشف والإفشاء للمعلومات.

التوقيع: 

إقرار تعهد العميل.

السادة بنك الرياض اتعهد انا محمد صالح مطر صاحب الهوية رقم ١١٦٢٩٩٦١١٠ بعدم تقديم شهادة

الاعفاء المسكن الاول لأي جهة تمويلية أخرى او أي مطور عقاري او بائع آخر، وعدم الاستفادة منها مرة أخرى لذات الغرض الذي أصدرت له.

التاريخ / ٢٠٢٢ / ١ / ٢٤ م

التوقيع /