

نموذج الإيجاب والقبول

السادة / شركة بداية لتمويل المنازل

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته، وبعد،،

بالإشارة إلى رغبتكم في شراء: شقة ☐ فيلا ☐ عمارة ☐ دوبلكس ☐ أرض ☐ والموصوف في الجدول أدناه:

تفاصيل العقار			
رقم الصك	الحصص		
تاريخ الصك	المدينة		
رقم القطعة	رقم الدور		
ثمن العقار	رقم الشقة		
رقم البلوك	اسم الشارع		
أحداثيات العقار	العرض	الطول	
جاهزية الخدمات	☐ المياه		
حالة العقار	☐ مكتمل ☐ تحت الإنشاء		

فإننا نعرض عليكم بيعها بالثمن الموضح أعلاه، ونؤكد لكم أن هذا العرض بمثابة إيجاب في هذه المرحلة، ويسري مفعول هذا الإيجاب لمدة 30 يوم عمل من تاريخه، وفي حال قبولكم هذا العرض فلكلينا خيار الشرط لمدة 30 يوم عمل من تاريخ قبوله، وفي حال القبول نأمل منكم دفع الثمن بإصدار شيك مصرفي لصالحنا.

لاستخدام الأفراد	
البائعين (مالك العقار)	
الاسم	
البطاقة	
الجوال	
البريد الإلكتروني	
التوقيع:	

لاستخدام المؤسسات / الشركات / مكاتب العقار	
اسم الشركة / المؤسسة	مكتب سلطان ماسح العتيبي
الوظيفة	التوقيع
الهاتف - الجوال	٠٥٥٧٠٥٥٧٨٣
البريد الإلكتروني	

التاريخ: / / هـ / / م

قبول الشراء

السيد/السادة:

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته، وبعد،،

بالإشارة إلى عرضكم المذكور أعلاه بخصوص بيعكم العقار الموضح أعلاه بمبلغ وقدره ريال سعودي، فإننا نشعر بكم بقبولنا عرضكم المذكور مع تأكيد استحقاقنا خيار الشرط المذكور وسيتم دفع ثمن المبيع لكم عند الإفراغ، وتقبلوا تحياتنا،

شركة بداية لتمويل المنازل

المفوض بالتوقيع: التوقيع: / / هـ / / م التاريخ:

النسخة رقم 3 (المعتمدة بتاريخ 25-مايو-2021)

ANNEX 1: Health Declaration / Medical Questionnaire

الملحق 1: الإقرار الصحي / الاستبيان الطبي

Full Name: محمد بن عبد الجبار العتيبي		الاسم بالكامل:		Male ☒ ذكر	Female ☐ أنثى
ID No.: ١٠٩٧٢٧٠٤٩٦	الحالة الاجتماعية				
Passport No.: ١٠٩٧٢٧٠٤٩٦	Married ☒ متزوج				
Occupation (describe clearly): الشركة العربية لخدمات الأمن والسلامة احتكاك	Married ☒ متزوج				
Phone No.: ٠٥٢-٨٧١٥٨٢	Place of residence: حليج				
Nationality: سعودي	Weight (kg): ٨٥	Blood Pressure (if known):			
DOB: ١٢-٧/١٩٦٦	Height (cm): ١٧٥	Max:			
		Min:			

1. Do you have existing Life insurance or Takaful contracts with our company or with other insurance companies or Takaful operators? If yes, please provide details using the following table:		Yes ☐ نعم	No ☐ لا	هل لديك عقود تأمين على الحياة أو تأمين تكافل سارية مع شركة التعاونية للتأمين أو مع شركات تأمين أخرى أو مشطبي تأمين تكافل؟ إذا كانت الإجابة "نعم"، يرجى تقديم التفاصيل مستخدماً الجدول التالي:
Name of Company اسم الشركة	Sum Insured مبلغ التأمين	Type of Policy(ies) نوع الوثيقة (الوثائق)		Year Issued سنة الإصدار

2. Are you currently unable to work?	Yes ☒ نعم	No ☐ لا	هل أنت الآن غير قادر على العمل
3. During the 5 past years, have you been unable to work for more than 30 consecutive days?	Yes ☐ نعم	No ☐ لا	هل كنت غير قادر على العمل لمدة تزيد عن 30 يوماً متتالية، خلال السنوات الخمس السابقة؟
4. Have you ever been treated for or are you under treatment for: high blood pressure, myocardial infarction, respiratory disease, renal disease, alimentary disorder, ulcer, nervous breakdown, slipped disc, paralysis, coma, diabetes, high cholesterol, immunodeficiency syndrome (AIDS), tumour, cancer or any other serious illness or infirmity?	Yes ☐ نعم	No ☒ لا	هل سبق أن عولجت أو هل أنت قيد العلاج حالياً من أحد الأمراض التالية: ارتفاع ضغط الدم، نضط عضلة القلب، مرض تنفسي، مرض كلوي، اضطرابات في التغذية، قرحة، التهاب عصبى، نزلات قذرات (عسروفي)، شلل، غيبوبة، مرض السكري، ارتفاع الكوليسترول، متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز)، أورام، سرطان أو أي من الأمراض الخطيرة أو العجز.
5. Have you ever been seriously injured?	Yes ☐ نعم	No ☒ لا	هل سبق أن أصبت إصابة خطيرة؟
6. Did you have a surgical operation or have you been advised to have a surgical operation?	Yes ☐ نعم	No ☒ لا	هل أجريت لك عملية جراحية أو هل تم نصحك بإجراء عملية جراحية؟
7. Did you take or are you taking treatment or medication for any disease or disorder?	Yes ☐ نعم	No ☒ لا	هل تعاطيت / تتعاطى أية علاجات أو أدوية لأي من الأمراض أو الاضطرابات؟
8. Do you intend to seek medical advice, treatment or have any medical tests performed?	Yes ☐ نعم	No ☒ لا	هل تنوي طلب استشارة طبية أو أي علاجات أو هل قمت بإجراء أية فحوص طبية؟
9. Have you tested positive for HIV/AIDS or Hepatitis B or C, or have you been tested/treated for other sexually transmitted diseases or are you awaiting the result of such a test? If yes, please provide details.....	Yes ☐ نعم	No ☒ لا	هل أجريت لك اختبارات فيروس نقص المناعة المكتسب HIV أو الإيدز AIDS أو التهاب الكبد الوبائي B أو C وكانت إيجابية - أو هل عولجت أو أجريت لك اختبارات لأي من الأمراض التي تنتقل عن طريق الممارسة الجنسية أو هل أنت بانتظار نتائج أية اختبارات لمثل هذه الأمراض؟ إذا كان الجواب نعم ... نرجو إعطاء مضمومت وأقية (اتداه)

ANNEX 1: Health Declaration / Medical Questionnaire

الملحق 1: الإقرار الصحي / الاستبيان الطبي

10. Have you smoked any cigarettes within the past 12 months? If yes, state how many per day:	Yes ☐ نعم	No ☒ لا	10. هل كنت تدخن أي نوع من السجائر خلال الـ 12 شهراً الماضية؟ إذا كانت الإجابة بـ "نعم"، فانكر كم سيجارة تدخن في اليوم الواحد؟
11. Do you have any defect of the vision or hearing? If yes, state to what extent:	Yes ☐ نعم	No ☒ لا	11. هل لديك أي خلل في النظر أو السمع؟ إذا كانت الإجابة بـ "نعم"، فانكر إلى أي مدى؟
12. Do you drink Alcohol? If yes, state type and amount per day:	Yes ☐ نعم	No ☒ لا	12. هل تشرب مسكرات (خمر)؟ إذا كانت الإجابة بـ "نعم"، فانكر النوع والمقدار لكل يوم.
13. Have any of your parents, brothers or sisters died or suffered from heart or circulatory diseases, cancer, diabetes, kidney diseases or hereditary disorders before age 65? If yes, please also indicate at what age this occurred.	Yes ☐ نعم	No ☒ لا	13. هل توفي / عانى أحد والديك أو أخواتك أو أعمامك من أمراض القلب أو الدورة الدموية أو السرطان أو السكري أو الكلى أو الأمراض الوراثية قبل عمر 65 عاماً؟ إن كان الجواب نعم ففي أي عمر حدث ذلك؟
14. Do you intend to engage in hazardous activity (e.g. scuba diving) or fly other than as a passenger on scheduled services?	Yes ☐ نعم	No ☒ لا	14. هل تنوي الانخراط في نشاط خطير (مثل الغوص) أو الطيران كمتسافر في خدمات رحلات جوية مجدولة؟
15. Has any application for insurance on your life (life, accident, health) been declined, postponed or accepted on special terms?	Yes ☐ نعم	No ☒ لا	15. هل تم رفض أو تأجيل أية طلبات للتأمين على حياتك أو تم قبولها بشروط خاصة؟ (التأمين على الحياة أو الحوادث أو التأمين الصحي)؟

Please give below full details for any « yes » answer including date and duration of any illness, type of treatment, doctors consulted, and type of sport. Use separate sheet if necessary.

يرجى إعطاء معلومات كاملة بالنسبة للإجابات بـ "نعم" ... أذكر أيضاً تاريخ ومدة أي مرض تعرضت له ونوع العلاج الذي تم تعاطيه والأطباء الذين تمت استشارتهم وكذلك نوع الرياضة التي مارستها أو تمارسها. يمكنك عند الضرورة استخدام صفحات أخرى.

I hereby declare that I am in good health except if stated otherwise in the above statement.

Important: Before signing this declaration, please check that the answers given in this application are complete and correct. An omission or incorrect answer may invalidate the policy

أقر بهذا أنني بصحة جيدة باستثناء ما ذكرت أعلاه.

ملاحظة هامة: يرجى قبل التوقيع على هذا الاستبيان التأكد من أن جميع الإجابات المقدمة فيه كاملة وصحيحة. وأي إغفال أو أية إجابات غير صحيحة قد تنفي هذه الوثيقة.

Client Signature:	توقيع العميل:
Date:	التاريخ: ٢٠٢٥/٦/١١

*For policyholder use only

*لاستعمال حامل الوثيقة فقط

Source Name:

Phone source No: