

معلومات العقار

رقم الطلب

مواصفات العقار

نوع العقار: وحدة جاهزة وحدة تحت الانشاء أرض
 نوع الوحدة: فيلا شقة دوبلكس أرض مجمع سكني فندق سوق تجاري مول استرپ مول
 أخرى

رقم العقار: ٦٩٨٩
 رقم المخطط: ٤٣٣ / ٢ / ٣
 تاريخ إصدار الصك: ١٤٤٣ / ٨ / ٢٠
 رقم الأرض: ١٤٦٨
 قيمة الأرض:

المدينة: جدة
 الحي: مريخ
 رقم الصك: ٢٢٥٥١٣٠٠٠٥٨٥
 فسخ بناء رقم: ٤٢٠٠٨١٦٢٢
 مساحة العقار: ١٥٩,١٩
 إحدائيات العقار:

معلومات مالك العقار

نفيدكم عن العقار المذكور أعلاه بالمعلومات المتعلقة بمالك العقار وقيمة العقار كما يلي

قيمة العقار: ٧٤٠,٠٠٠
 اسم المالك: مؤسسة العقار المتقدم للتداول
 عنوان المالك: جدة
 جوال: ١٥٥٥٦٦٠٦٦٩
 البريد الإلكتروني للمالك:

رس:

هاتف: ١٥٥٥٦٦٠٦٦٩
 قيمة السعي (إن وُجد):

بواقع %

العقار المذكور أعلاه معروض لدينا نحن ونقر بأننا المستفيدون الوحيدون في السعي أعلاه وليس معنا شركاء فيه

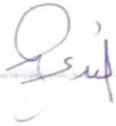
اسم المكتب العقاري:

عنوان المكتب العقاري:

هاتف المكتب العقاري/جوال الوكيل:

توقيع وكيل المكتب العقاري:

ختم وكيل المكتب العقاري/بتاريخ:

التوقيع: 

التاريخ: ١٤٤٣ / ٩ / ١٣

المعلومات المالية

رقم الطلب:

مصدر الدخل الأساسي: راتب عقارات أسهم رجل أعمال آخر حدد:

الإجمالي التقديري للدخل الشهري:
اسم البنك: الراجحي

رقم الحساب: ٤٥٧٦٠٨٠١٠٠٤١٢٦٩

هل يوجد دخل آخر: نعم لا حدد: مؤنة

نموذج إفصاح المصروفات الشهرية للأفراد

عدد المعالين: ٤

عدد العمالة إن وجدت:

مصاريف التعليم:

المواد الغذائية:

أي مصروفات أو التزامات أخرى (غير المسجلة في نظام سمة):

مصاريف الرعاية الصحية:

مصاريف النقل:

فواتير الخدمات:

ملاحظات:

إقرار بمصدر الأموال

مصدر الدفعة الأولى: مدخرات شخصية منحة تمويل شخصي

أخرى حدد:

إقرار وتعهد مقدم شهادة المسكن الأول

هل هذا هو المسكن الأول

نعم. أؤكد على أنه تم تقديم شهادة المسكن الأول فقط لدى السعودية لتمويل المساكن وألتزم بعدم تقديمها لأي جهة تمويلية أخرى أو مطور عقاري بغرض الحصول على تمويل عقاري أو سكني.

لا

التاريخ: ١٤٤٢/٩/١٥ التوقيع: [موقعة]

معلومات العقار المالية وبيانات معرفة العميل

رقم الطلب:

معلومات العقار المالية

الدفعة الأولى:

قيمة الشراء:

مدة التمويل:

مبلغ التمويل:

القسط الشهري:

نسبة الربح:

بيانات معرفة العميل

هل هذا هو المسكن الأول الذي سوف تمتلكه؟ نعم لا

هل تعتبر شخص ذو صفة سياسية أو من الأشخاص الذين لديهم وظائف عامة بارزة في المملكة أو في دول أخرى والتي تتضمن (السياسيين المهمين و مسؤولي المؤسسات الحكومية و الجهات القضائية و كبار المسؤولين العسكريين مرتبة لواء أو أعلى) و أقاربهم من الدرجة الأولى أو الأشخاص المرتبطين بهم؟

 نعم لا

إذا كانت إجابتك نعم، يرجى التفصيل:

هل تملك شركة أو تشغل منصب مدير في قطاع معظم تعاملاته بالنقد مثل: الصرافة، تجارة المجوهرات و المعادن، المحلات التجارية؟

 نعم لا

يرجى تحديد مقدار ثروتك التقريبي صافي الأصول وتشمل النقد والاستثمارات والعقار بعد خصم أي التزامات قائمة مثل القروض:

 أقل من مليون من 1 مليون إلى 10 مليون أكثر من 10 مليون

إقرار

بموجب هذا فأني أصرح وأقر بأنني لم أشارك في أي نشاط إجرامي أو غسيل أموال وأن الأقساط المدفوعة من مصدر دخل المشروع وليست مستعادة من أي أنشطة غير قانونية.

أقر أنا بأن الوثائق المقدمة لتحديد الهوية هي أصلية وجميع التفاصيل المعطاة هي حقيقية وصحيحة بالإضافة إلى ذلك أعلن أن ليس لدي أي أسماء أخرى أو تفاصيل هوية أخرى، إلا تلك المقدمة أعلاه. إن المعلومات التي قدمتها في ما يتعلق بتفاصيل هويتي هي حقيقية وصحيحة وإعطاء أي معلومات خاطئة يمكن أن تجعل عقد التمويل باطلاً.

التوقيع: 

التاريخ: 1442/9/13

نموذج طلب تمويل

رقم الطلب: نوع المنتج: مرابحة إجارة ثابتة/ متغيرة رهن عقاري اسم الموظف: أحمد محمد
 مدعوم غير مدعوم نوع التمويل: أفراد تمويل تجاري

معلومات مقدم الطلب (أو المتضامن)

الاسم الكامل: محمد بن علي العنزي
 مكان الميلاد: الرياض
 صلة القرابة بمقدم الطلب للمتضامن:
 الجنسية: سعودي
 رقم الهوية: ٦٠٢٧٨٥١١٧٧
 تاريخ انتهاء الهوية:
 الجنس: ذكر أنثى الحالة الاجتماعية: أعزب متزوج
 الهوية الوطنية: الإقامة
 مكان الإصدار: الرياض
 المدينة: الرياض الحي: الشمس
 هاتف المنزل الحالي:
 البريد الإلكتروني: ahmad_6366@hotmail.com

معلومات التوظيف

تصنيف العمل: قطاع حكومي قطاع عسكري قطاع خاص متقاعد صاحب مهنة حرة قطاع الأعمال
 مسمى الوظيفة: مدير عام
 جهة العمل: مؤسسة تطوير المساكن
 تحويله:
 تاريخ صرف الراتب شهرياً: يناير
 ص ب: ٧١٧٧
 مدير شؤون الموظفين: نعم
 هاتف العمل:
 الراتب الشهري: ٥٥٥٥
 تاريخ الالتحاق بالعمل: ٢٠٢٧/٠١/٦
 المدينة: الرياض الرمز البريدي: ١١٥٦٤

إقرار

أقر بأن البيانات أعلاه جميعها صحيحة و تحت مسؤوليتي. كما أتعهد بإشعار السعودية لتمويل المساكن بأي تغيير يطرأ على البيانات أعلاه مع تحملي أية مسؤولية ناتجة عن إهمالي في ذلك. أقر أنا الموقع أدناه بموافقتي على تزويد (السعودية لتمويل المساكن) بأي معلومات تطالها لفتح و/أو تدقيق و/أو إدارة حساباتي وتسهيلاتي كما أفوضها بجمع كافة المعلومات اللازمة من الشركة السعودية للمعلومات الائتمانية (سمة). كما أفوضها بالإفصاح و تبادل كافة المعلومات من و إلى سمة بموجب اتفاقية مشاركة المعلومات أو لأي جهة يقرها البنك المركزي السعودي. كما أقر بأنه في حالة تراجع أو عدولي عن إتمام الصفقة قبل إتمام إفراغ صك العقار لصالح السعودية لتمويل المساكن فإني أتنازل عن مبلغ التقييم و/أو الرسوم الإدارية (.....) ريال سعودي. لا يمكن استرداد رسوم التقييم عند طلب تقييم العقار

التاريخ: ١٤٤٣/٩/١٢ التوقيع: أحمد محمد

SHL

السعودية لتمويل المساكن SAUDI HOME LOANS

11. Do you have any defect of the vision or hearing? If yes, state to what extent	Yes <input type="checkbox"/> نعم	No <input checked="" type="checkbox"/> لا	هل تعاني من ضعف في الإبصار أو السمع؟ إذا كان الجواب نعم ، فما مدى ذلك
12. Do you drink alcohol? If yes, state type and amount per day	Yes <input type="checkbox"/> نعم	No <input checked="" type="checkbox"/> لا	هل تتناول المشروبات الكحولية؟ إذا كان الجواب نعم ، فما نوعها
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 <input type="checkbox"/> نعم	No <input checked="" type="checkbox"/> لا	هل توفي / عانى أحد والدك أو أخواتك أو أخواتك 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 <input type="checkbox"/> نعم	No <input checked="" type="checkbox"/> لا	هل تنوي ممارسة أية نشاطات خطيرة (مثل: الغوص في الأعماق بأجهزة الغوص الخاصة) أو الطيران (إلا كمسافر جواً على أحد خطوط الطيران النظامية)؟
15. Has any application for insurance on your life (life, accident, health) been declined, postponed or accepted on special terms?	Yes <input type="checkbox"/> نعم	No <input checked="" type="checkbox"/> لا	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 بعبارة "نعم" ... أنكر أيضاً تاريخ ومدة أي مرض تعرضت له ونوع العلاج الذي تم تعاطيه والأطباء الذي تمت استشارتهم وكذلك نوع الرياضة التي مارستها أو تمارسها.
يمكنك عدد الضرورة استخدام صفحات أخرى:

.....

.....

.....

.....

.....

I, the undersigned,

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.

بهذا بالني بصحة جيدة باستثناء ما ذكرت أعلاه.

حظة هامة: يرجى قبل التوقيع على هذا الاستبيان التأكد من أن جميع الإجابات المقدمة فيه كاملة وحيطة.. وأي إغفال أو أية إجابات غير صحيحة قد تلغى هذا العقد.

Signature: 23/08/1443

Date: 23/08/1443



السعودية لتمويل المساكن
SAUDI HOME LOANS

FULL MEDICAL QUESTIONNAIRE – Group Creditor

الاستبيان الطبي الشامل

Name:	الاسم: <u>محمد بن علي العامري</u>	Male <input checked="" type="checkbox"/> ذكر	Female <input type="checkbox"/> أنثى
-------	-----------------------------------	--	--------------------------------------

Date of birth تاريخ الميلاد: <u>1967/11/05</u>	Height (cm) الطول (سم): <u>170</u>	Weight (kg) الوزن (كغم): <u>78</u>	Blood Pressure (If known) الحد الأقصى / الحد الأدنى: Max _____ Min _____
--	------------------------------------	------------------------------------	--

Occupation (describe clearly) الوظيفة (حدد بوضوح): <u>مدير عام</u>	Nationality الجنسية: <u>سعودي</u>
--	-----------------------------------

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 <input type="checkbox"/> نعم	No <input checked="" type="checkbox"/> لا	هل لديك تأمين على الحياة أو عقد تكافل مع شركتنا أو مع شركات تأمين أخرى أو ممتعي خدمات تكافل آخرين؟ إذا كان الجواب نعم نرجو تزويدنا بالبيانات التالية:
--	----------------------------------	---	---

Name of Company	Sum Assured	Type of Policy(ies)	Year issued

2. Are you currently unable to work?	Yes <input type="checkbox"/> نعم	No <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> نعم	No <input checked="" type="checkbox"/> لا	هل كنت غير قادر عن العمل لمدة تزيد عن 30 يوما 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 <input type="checkbox"/> نعم	No <input checked="" type="checkbox"/> لا	هل سبق أن عولجت أو هل أنت قيد العلاج حاليا من أحد الأمراض التالية: ارتفاع ضغط الدم، تعطل عضلة القلب، مرض تنفسي، مرض كلوي، اضطرابات في التغذية، قرحة، انهيار عصبي، انزلاق فقرات (غضروفي)، شلل، غيبوبة، مرض السكري، ارتفاع الكوليسترول متلازمة نقص المناعة المكتسب (إيدز)، أورام، سرطان أو أي من الأمراض الخطرة أو العجز.
5. Have you ever been seriously injured?	Yes <input type="checkbox"/> نعم	No <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> نعم	No <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> نعم	No <input checked="" type="checkbox"/> لا	هل تناولت / تتناول 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 <input type="checkbox"/> نعم	No <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> نعم	No <input checked="" type="checkbox"/> لا	هل أجريت لك اختبارات فيروس نقص المناعة المكتسب HIV أو الإيدز AIDS أو الالتهاب الكبدي 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 لأية اختبارات لمثل هذه الأمراض؟ إذا كان الجواب نعم ... نرجو إعطاء معلومات واقية (إفهام).....
10. Have you smoked any cigarettes within the past 12 months? If yes, state how many per day?	Yes <input type="checkbox"/> نعم	No <input checked="" type="checkbox"/> لا	هل قمت بالتدخين (المجانين) خلال فترة الإثني عشر (12) شهرا السابقة ... إذا كان الجواب نعم فكم عدد السجائر التي كنت تدخنها في اليوم؟ سيجارة/يوم.