

إقرار وتصريح شخصي

بيانات العميل:

الاسم:	تاريخ الميلاد:
رقم الهوية:	الوزن:
الطول:	الجنس: ( ذكر ) ( أنثى )
المهنة:	مكان العمل:
تاريخ الالتحاق بالعمل:	مبلغ التمويل المطلوب:

الرجاء الإجابة عن الأسئلة الآتية بوضع علامة (√):

م	السؤال	نعم	لا
1	هل أدخلت المستشفى أو نمت فيه خلال 12 شهراً الماضية؟		
2	هل تتناول بشكل دائم أي أدوية أو علاج طبي وصف لك من طبيب أخصائي أو استشاري؟		
3	هل تم علاجك سابقاً أو ما رلت تحت العلاج حالياً لأحد الأمراض الآتية: مرض سرطان أو نوبة قلبية أو مرض في القلب أو ضغط دم عالي أو كولوستيروول عالي أو مرض السكر أو ألم في الصدر أو أي مرض أو اضطرابات في القلب أو الأوعية الدموية أو في العيون أو الأذن أو الأنف أو الحنجرة أو الكلية أو عضو تناسلي أو مثانة أو كبد (كالتهاب الكبد) أو مرارة أو مرض معدة أو أمعاء أو في الرئتين (كالربو) أو دم أو نظام مناعة أو صرع أو عصبية أو اضطرابات عقلية أو مرض نمو أو أورام أو إيدز أو متعلق بشروط الإيدز، أو أي مرض مزمن آخر، أو مرض لم يتم ذكره أعلاه؟		
4	هل قمت بكشفي شككت فيه، أو أثبت التشخيص أنك تعاني من: جلطة أو شلل أو عجز أو عاهة طبيعية أو عمى أو تقية/ استنفاغ أو عدم القدرة على النطق أو عدم القدرة على استخدام الطرف أو أي مرض في العضلات أو العظام أو العمود الفقري أو الظهر أو المفاصل (كالتهاب المفاصل) أو أي مرض عضوي آخر، أو مرض لم يتم ذكره أعلاه؟		
5	هل اشتركت من قبل في أي من الرياضات ذات الخطورة العالية (كالغوص باستخدام أسطوانات الهواء المضغوط، والقفز بالمظلات أو تسلق الجبال)		

إذا كانت الإجابة ب(نعم): فتعبأ التفاصيل الإضافية الطبية الآتية:

اسم وعنوان الطبيب الذي تم استشارته	...
نوع المرض أو الحالة الصحية التي تم تشخيصها	...
تاريخ استشارة الطبيب	...
تاريخ حدوث المشكلة	...
نوع العلاج الذي تم وصفه	...
هل تم التعافي أم لازت تتابع/ تتلقى العلاج	...

الرجاء تزويد المصرف بأي تقارير طبية إذا كانت متوفرة.

إقرار:

لقد قرأت وفهمت والتزمت بجميع ما ورد في هذا الإقرار الذي تضمن تصريحاً كاملاً وحقيقياً بجميع المعلومات التي تشير بأني أعاني أو من الممكن أن أعاني من حالة صحية أو إعاقه أو عجز، وأقر بأن جميع الأجوبة المذكورة كاملة وصحيحة -حسب معلوماتي ومعرفتي- وأنتمل المسؤولية كاملة عن عدم صحة هذه المعلومات أو عدم اكتمالها، وقد فوّضت المصرف بالتحري عن أي معلومات والحصول عليها، فيما يخص وضعي الصحي، سواء كان من طبيب أو مستشفى قد تعالجت فيه.

توقيع العميل:  التاريخ: .....

نموذج "المصروفات الشهرية"

Monthly Expenses Form

التاريخ: / /

Customer's Personal Info:	البيانات الشخصية للعميل:
Name:	الاسم:
National ID/Iqama #:	رقم الهوية الوطنية/ هوية مقيم:
Mobile #:	رقم الجوال:
Number of Dependents:	عدد أفراد الأسرة المعالين:

Housing Type:	نوع المسكن:
Owned:	ملك:
Leased:	إيجار:
Company Housing:	موسر من جهة العمل:
Family Housing:	مسكن العائلة:

Monthly Expenses and Commitments:	المصروفات والالتزامات الشهرية:
Food Expenses:	مصاريف الأغذية:
Housing and Services:	مصاريف السكن (الإيجار) والخدمات:
Wages of Domestic Workers:	أجور العمالة المنزلية:
Education Expenses:	مصاريف التعليم:
Medical Expenses:	مصاريف الرعاية الصحية:
Transportation Expenses:	مصاريف النقل والمواصلات:
Communication Expenses:	مصاريف الاتصالات:
Insurance Expenses:	مصاريف التأمين:
Anticipated Costs/Expenses:	تكاليف أو مصروفات مستقبلية متوقعة:
Outstanding Loan from Friends/Relatives:	سلفة قائمة من الأقراب أو الأصدقاء:
Payment Mechanism:	آلية السداد:
Outstanding Loan from Employer:	سلفة قائمة من جهة العمل:
Payment Mechanism:	آلية السداد:
Other Financings (please, specify)	تمويلات أخرى: [تذكر...]

Other Income Sources:	مصادر دخل أخرى:
Husband/Spouse Income:	دخل الزوج/ الزوجة:
Business:	أعمال تجارية:
Other (Rental/Investment income)	أخرى (دخل إيجاري، استثماري، ...)

**Customer's Acknowledgement:** إقرار العميل:  
أقر بأن جميع المعلومات والبيانات المذكورة في هذا النموذج صحيحة، وأتحمل المسؤولية كاملة إذا تبين للمصرف عدم صحة أي منها، أو إذا تبين أنني لم أفصح للمصرف عن أي بيانات أو معلومات أخرى مطلوبة.

I do acknowledge that all information and data indicated herein are valid and I shall assume full responsibility if any of the foregoing information and data prove to be invalid or if I do not disclose to the Bank any other required data or information.

Customer's Name and Signature [اسم العميل وتوقيعه]

Employee's Name and Signature [اسم الموظف وتوقيعه]

مرفق 01 بالخطاب 18151

Classification: Private

رقم حسابك لدى مصرف الإنماء:

هل لديك حسابات بنكية أخرى؟ نعم  لا 

إذا كانت الإجابة نعم وضح أدناه:

اسم البنك	رقم الحساب

هل لديك بطاقات ائتمانية (فيزا، ماستر كارد، أمريكان اكسبريس)؟ نعم  لا 

إذا كانت الإجابة نعم وضح أدناه:

نوع البطاقة	رقمها	جهة الإصدار

## التزامات مادية أخرى

هل يوجد لديك التزامات أخرى: نعم  لا 

إذا كانت الإجابة نعم وضح أدناه:

اسم الجهة	مبلغ التمويل	المدة	المبلغ المتبقي	القسط

هل يوجد لديك التزامات أخرى لدى مصرف الإنماء: نعم  لا 

## إقرار وتعهد بصحة البيانات والالتزام

أقر بصحة وسلامة جميع البيانات الواردة في هذا الطلب والمستندات المقدمة مني إلى المصرف، وأتحمل أي مسؤولية تنتج في حال عدم صحة أي من تلك البيانات والمستندات.

وأتعهد بإشعار المصرف كتابياً فور حدوث أي تغيير على تلك البيانات والمستندات، وأوافق على تزويد المصرف بأي معلومات أو بيانات وتوقيع أي اتفاقيات أو نماذج أو مستندات تطلب مني لغرض الحصول على أي منتجات وخدمات تمويلية.

وأفوض المصرف بأن يتبادل ويحصل على ما يلزمه أو يحتاج إليه من معلومات تخصني أو تخص تعاملاتي المصرفية والائتمانية من الشركة السعودية للمعلومات الائتمانية أو أي جهة أخرى.

كما أقر بعلمي بأن تعبئة نموذج طلب الحد الشامل وحصولي على الحد الائتماني الشامل لا يُعد التزاماً على المصرف بمنح أي منتجات أو خدمات تمويلية حيث يخضع التعاقد لهذه المنتجات والخدمات التمويلية لشروطها وأحكامها التفصيلية، ولما تُقرره أنظمة وتعليمات مؤسسة النقد العربي السعودي وقواعد التعامل والأنظمة المعمول بها في المملكة العربية السعودية.

الاسم: عبدالله بن محمد الطنيريالتوقيع: عبدالله بن محمد الطنيريالتاريخ: م - / / هـ

## اعتماد الفرع لصحة البيانات والمستندات

لا مانع من رفع الطلب وقد تم إرفاق المستندات المطلوبة الموضحة أدناه رفق الطلب، وتتم التأكد من صحة توقيع العميل طبقاً لنموذج توقيع الاتفاقية العامة لفتح علاقة مع مصرف الإنماء لدينا.

## المرفقات:

 آخر قسيمة دفع راتب تعريف من جهة العمل صورة مصدقة للهوية موافقة جهة على تحويل الراتب العمل

## توقيع الموظف المختص:

الاسم: .....

الاسم: .....

التوقيع: .....

التوقيع: .....