

نموذج طلب التمويل

رقم الطلب: نوع المنتج: إجارة ثالثة إجارة متغيرة اسم الموظف:
 مدعوم غير مدعوم

معلومات مقدم الطلب (أو المتضامن)

الاسم الكامل: **سري عبد اللاعبة المرزوق المحسن** صلة القرابة بمقدم الطلب للمتضامن:
 مكان الميلاد: الجنسية:
 الجنس: ذكر أنثى الحالة الاجتماعية: أعزب متزوج
 الهوية الوطنية: الإقامة: تاريخ انتهاء الهوية:
 مكان الإصدار: تاريخ الميلاد:
 المدينة: الحي: السكن الحالي: ملك إيجار آخر حدد:
 هاتف المنزل الحالي: الحوال:
 البريد الإلكتروني:

معلومات التوظيف

تصنيف العمل: قطاع حكومي قطاع عسكري قطاع خاص متقاعد صاحب مهنة حرة قطاع الأعمال
 مسمى الوظيفة: مدير شؤون الموظفين
 جهة العمل: هاتف العمل:
 تحويله: الراتب الشهري:
 تاريخ صرف الراتب شهرياً: تاريخ الالتحاق بالعمل:
 ص.ب: المدينة: الرمز البريدي:

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 شروط (السعودية لتمويل المساكن) بأي معلومات تطلبها لفتح و/أو تدقيق و/أو إدارة حساباتي وتسهلاتي 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 تراجعي أو عدولي عن إتمام الصفقة قبل إتمام إبرام 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 العف

التاريخ: التوقيع: 

المعلومات المالية

رقم الطلب:

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

الإجمالي التقديري للدخل الشهري:

اسم البنك:

رقم الحساب:

هل يوجد دخل آخر: نعم لا حدد:

نموذج إفصاح المصروفات الشهرية للأفراد

عدد المعالين:

مصاريف الرعاية الصحية:

عدد العمالة إن وجدت:

مصاريف النقل:

مصاريف التعليم:

فواتير الخدمات:

المواد الغذائية:

ملاحظات:

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

.....

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:

التوقيع:

معلومات العقار المالية وبيانات معرفة العميل

رقم الطلب:

معلومات العقار المالية

قيمة الشراء:
الدفعة الأولى:
مبلغ التمويل:
مدة التمويل:
نسبة الربح:
القسط الشهري:

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 أقرانهم 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 التقريبية 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 فإنني 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.

أفدنا 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.

التاريخ: التوقيع:

الإقرار الصحي

رقم الطلب:

الاسم الثلاثي:

رقم الهوية:

تاريخ الميلاد:

العمر:

مبلغ التمويل المطلوب:

القسط الشهري:

الطول (سم):

الوزن (كجم):

أقر بأنني لا أعاني من أي مرض مزمن أو معدني ولا أي عجز جسدي ولم أخضع لأي علاج طبي دوري ولم يكن بحد علمي بأي مصاب بفيروس نقص المناعة المكتسبة ولم أنوي ولم أخضع لأي عملية جراحية أو طبية أو مراقبة أو علاج دوري لأي من الأمراض التالية: الدورة الدموية أو الجهاز الهضمي أو الجهاز التنفسي أو اضطرابات الأمعاء والعظام أو الأورام أو السرطان خلال الخمس سنوات المنصرمة. ولم يرفض لي التأمين على الحياة ولم يتوقف لي أي نشاط مهني لمدة أكثر من 60 يوم بسبب حادث أو مرض أو الإقامة في المستشفى لأكثر من 14 يوم متواصلة. وأشهد أيضاً أنني لا أتعرض لأي خطر ناتج عن طبيعة عملي أو من الأنشطة الروتينية وغير الروتينية التي أزاؤها يومياً.

تعهد

أنا الموقع أدناه وحيث أنني أبوي أن أؤمن على حياتي وأصرح بأن البيانات المكتوبة أعلاه بهذا الطلب سواء بخط يدي أو لا بأنها صحيحة وكاملة على حد علمي واعتقادي بالإضافة إلى الإقرار بأن أي بيانات ذات علاقة سوف تشكل جزءاً أساسياً من عقد التأمين على حياتي، وأن أي خطأ بالتصريح والمعلومات سوف تلغي هذه الوثيقة. أقر أنني لن أطالب أن يدفع لي أي منافع نتيجة لهذا العقد بسبب المطالبة من مشاكل في القلب، السكتة الدماغية، السرطان والسكري، والعدوى بفيروس نقص المناعة المكتسبة أو أي شرط آخر والتي كنت على علم بها، أو التي كنت تلقيت العلاج لها وذلك قبل التوقيع على هذا الإقرار، وأوافق وأموض بشركة مبدغلف أن تحصل على أي معلومات من أي طبيب وفي أي وقت، فيما يتعلق بأي شيء يتعلق بصحتي الجسدية والعقلية أو الحصول على أي معلومات من أي شركة تأمين تم تقديم طلب تأمين للحياة وأن لها الحق بأخذ مثل هذه المعلومات، كما أموض الشركة أيضاً بمراجعة المراقب الصحية لأخذ أي معلومات ترى من الضروري الحصول عليها.

التوقيع:

التاريخ:

معلومات العقار

رقم الطلب:

مواصفات العقار

رقم العقار: الرقم: المدينة: الحي:
رقم المخطط: رقم الصك:
تاريخ إصدار الصك: مساح بناء رقم:
رقم الأرض: مساحة العقار:

معلومات مالك العقار

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

قيمة العقار: رس اسم المالك:
عنوان المالك: هاتف:
حوال: 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/حوال الوكيل:
توقيع وكيل المكتب العقاري:
ختم وكيل المكتب العقاري/تاريخ:

التاريخ: التوقيع:

الاستبيان الطبي

رقم الطلب:

بشأن نموذج الاستبيان الخاص بالتأمين الطبي التعاوني على الحياة أو العجز الكلي

بتاريخ: الموافق:

أقرأ أنا: سعودي الجنسية بالهوية الوطنية رقم:

والموقع أدناه بأن الإجابات المقدمة مني في نموذج الاستبيان المطلوبة للتأمين الطبي التعاوني على الحياة أو العجز صحيحة حسب علمي واعتقادي وقد أكملت الإجابة على نموذج الاستبيان المطلوبة بنفسى بعد قراءة وفهم جميع الأسئلة و الشروط المتعلقة بالتأمين الطبي وأنى. أصالة عن نفسى وعن أى شخص قد تكون لديه مصلحة فى أى عقد تأمين يتم إصداره بناء على الاستبيان الطبي الموقع منى. نقر بعلمنا بأن عدم الإفصاح عن أية حقيقة طبية بنموذج الاستبيان الطبي سيؤدى إلى رفض أى مطالبة متعلقة بهذا التأمين والحرمان من التعويض الممثل فى الوفاء بالوعد بالتمليك باسمى أو باسم ورتنى. وهذا إقرار وتعهد موقع منى بمحض إرادتى. والله الموفق.

أسئلة عامة

1. خلال الخمس سنوات الماضية هل حدث أن لم تتمكن من العمل لمدة 30 يوم متتالية؟
 نعم لا
2. هل سبق لك أو مازلت تحت العلاج للأمراض التالية: ارتفاع ضغط الدم، جلطة فى القلب، أمراض فى الجهاز التنفسي، فشل كلوي، فقدان أو اضطراب بالشهية، قرحة انهيار عصبي، انزلاقات العمود الفقري (الدسك)، شلل عبيوية، أمراض السكري، ارتفاع الكوليسترول، مرض نقص المناعة المكتسبة (الإيدز)، أورام، سرطان، أو أى أمراض خطيرة أخرى أو عجز؟
 نعم لا
3. هل سبق أن أصبت بجروح خطيرة؟
 نعم لا
4. هل سبق أن قمت بإجراء عملية جراحية أو تم تقديم النصح لك بعمل عملية جراحية؟
 نعم لا
5. هل سبق لك أحد أو هل مازلت تأخذ علاج أو دواء لأي مرض أو اضطراب؟
 نعم لا
6. هل نسعى للحصول على استشارة طبية، أو علاج أو قمت بعمل أى فحص طبي؟
 نعم لا
7. هل سبق أن أجريت فحص وظهرت النتائج إيجابية لمرض نقص المناعة المكتسبة (الإيدز) أو التهاب الكبد الوبائي أو تم فحصك أو علاجك لأي من الأمراض التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي أو ما إذا كنت بانتظار نتائج هذه الفحوصات؟ الرجاء ذكر تفاصيل في حال الإجابة بنعم.
 نعم لا
8. هل سبق أن قمت بالتدخين خلال الـ 12 شهر الماضية؟ الرجاء ذكر عدد السجائر فى اليوم فى حال الإجابة بنعم.
 نعم لا
9. هل حدث وأن توفي أحد والديك أو إخوانك أو أخواتك أو عابوا من أمراض القلب أو الدورة الدموية، السرطان، السكري، أمراض الكلى، اضطرابات وراثية قبل سن 65؟ الرجاء تحديد العمر عند الإصابة فى حال الإجابة بنعم.
 نعم لا

إذا قمت بالإجابة بـ «نعم» لأي من الفقرات أعلاه، يرجى تقديم كامل التفاصيل فى الأسفل (إذا كانت سبب الاستشارة إجراء الفحص، يرجى تحديد سبب إجراء الفحص مع ذكر نوع الاختبار وتاريخ إجرائه وإرفاق أى نتائج منومرة) يرجى استخدام ورقة خارجية عند الحاجة وإرفاق تقارير الحروح من المستشفى وتقارير طبية حديثة من الطبيب المعالج.

رقم السؤال	تفاصيل الحالة	مدة استمرارية الحالة	تاريخ العلاج	تاريخ التعافي تماماً الشهر السنة	اسم وعنوان الطبيب

10. هل سبق لأي فرد من أفراد عائلتك المقربين أن توفي أو عانى من أى حالة من الحالات المذكورة أعلاه؟

أفراد العائلة	العمر	الحالة الصحية/سبب الوفاة	العمر عند تشخيص الحالة	العمر عند الوفاة

الاسم الثلاثي: التوقيع:

إقرار مقدم المنحة

رقم الطلب:

السادة / الشركة السعودية لتمويل المساكن

أقر أنا: ("المانح")، بأنني قد قدمت مبلغ (.....) ريال على سبيل التبرع والهبة لصالح (.....) المتقدم للسعودية لتمويل المساكن بطلب تمويل عقاري، كما أؤكد بأن المعلومات المتعلقة بالمنحة المقدمة إلى مقدم الطلب والمشار إليها في الإقرار المرفق بمصدر الأموال هي معلومات صحيحة وكاملة وبموجب هذا الإقرار أؤكد على ما يأتي وأشهد به:

1. الغرض من المنحة والتبرع هو شراء عقارات ويتعين استخدامها في تحقيق هذا الغرض وما يتصل به.
2. مقدم الطلب غير ملزم (سواء أكان التزاماً صريحاً أم ضمنياً) برد المنحة (أو جزء منها) نقداً أو بتقديم خدمات من أي نوع على سبيل التعويض سواء في الوقت الحاضر أو المستقبل.
3. إذا تقرر في أي وقت أن يقوم مقدم الطلب بسداد أي من أموال المنحة، فإن الأولوية ستكون للشركة وإن أي التزام برد الأموال أو إلى أي شخص آخر ممن له علاقة بالمنحة يكون لاحقاً عن التزام مقدم الطلب برد الأموال للشركة.
4. بموجب هذا فأني أصرح وأقر بأنني لم أشارك في أي نشاط إجرامي أو غسيل أموال وأن أموال المنحة المدفوعة من مصدر دخل المشروع وليست مستعادة من أي أنشطة غير قانونية.
5. 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.
6. لا يوجد أي من الأموال المذكورة أنفاً قد أتيت لي من أي شخص أو كيان له مصلحة في بيع العقار بما في ذلك البائع أو الوكيل العقاري أو الوسيط العقاري أو منشئ العقار أو موظف التمويل أو غير ذلك من الأشخاص أو الكيانات الأخرى المرتبطة بأي مما سبق.

بتوقيعي على هذا المسند فأني قد أقررت بعلمي بجميع الشروط والأحكام الواردة أنفاً في هذا الإقرار ووافقت عليها.

التاريخ:

اسم المانح

التوقيع