

Eligible Policyholders

Dear Customer

With the praise of Allah and his Bounty Al Alamiya for Cooperative Insurance Company has achieved a surplus in its insurance operations for 2016. The Company Management has decided to distribute part of the net surplus to the eligible policyholders as per the Cooperative Insurance Law.

The surplus to be distributed will be due to each policyholder if the claim to earned premium ratio is below 70%. For more details about the conditions of eligibility, please refer to the distribution of surplus policy issued by SAMA in 2015.

As you are one of the company customers eligible for distribution of surplus of insurance operations for 2016, please contact us through visiting one of our branches or call us on 920015432 to know about the amount due to you.

With kind regards

Al Alamiya for Cooperative Insurance Company

عزيزي العميل

بحمد الله وفضله حققت شركة العالمية للتأمين التعاوني فائضاً صافياً من عمليات التأمين في عام 2016م. وقررت إدارة الشركة توزيع جزء من الفائض الصافي لحاملي وثائق التأمين المستحقين حسب نظام التأمين التعاوني.

ويكون الفائض المراد توزيعه مستحق لكل حامل وثيقة تأمين إذا كانت نسبة إجمالي المطالبات المتكبدة الى إجمالي أقساط التأمين المكتسبة أقل من 70%، ولتفاصيل أكثر حول شروط الاستحقاق يرجى الرجوع إلى سياسة توزيع فائض عمليات التأمين الصادرة من قبل مؤسسة النقد العربي السعودي في عام 2015م.

وحيث أنكم أحد عملاء الشركة المستحقين لتوزيع فائض عمليات التأمين لسنة 2016 م يرجى التواصل معنا من خلال زيارة أحد لمعرفة المبلغ 920015432 فروعنا أو الإتصال على الرقم المستحق لكم.

مع أطيب التحيات،
شركة العالمية للتأمين التعاوني

Surplus Distribution Receipt Form نموذج استلام فائض التكافل

Kindly choose the method for receiving the surplus amount

Bank Transfer to your account number

(Please attached copy from your IBAN No)

Bank Name _____

IBAN No. _____

Donate to charitable organization

Other, please specify

يرجى اختيار طريقة استلام مبلغ الفائض

تحويل بنكي الي حسابكم الشخصي

(يرجى إرفاق صورة من بيانات حسابك البنكي)

Bank Name _____

IBAN No. _____

التبرع لجمعية الخيرية

أخرى, يرجى التوضيح

Kindly send this form after choosing the payment method and signing it, and attach a signed copy of personal ID to Al Alamiya for Cooperative Insurance Company through the following channels

- Email: call.center@sa.rsagroup.com
- Fax: 011 464-5457
- Any ACIC branches

Policy number: _____

Class of Business: _____

Policyholder name: _____

يرجى إرسال هذه الاستمارة بعد اختيار طريقة الدفع والتوقيع عليها، وإرفاق نسخة موقعة من الهوية الشخصية للشركة العالمية للتأمين التعاوني من خلال القنوات التالية

• call.center@sa.rsagroup.com إيميل

• فاكس 011 464 5457

• أي فرع من فروع الشركة العالمية للتأمين

رقم وثيقة التأمين : _____

فئه الاعمال : _____

اسم حامل الوثيقة : _____