



طلب تسهيل الضمان البنكي (كلي / جزئي)
Application for Bank Guarantee Liquidation
(Full or Partial)

Date التاريخ

بيانات المستفيد

Beneficiary Name _____ اسم المستفيد

Address _____ العنوان

Contact (Phone/Email) _____ وسيلة التواصل (هاتف/بريد إلكتروني)

بيانات خطاب الضمان

Guarantee No _____ رقم خطاب الضمان Applicant Name _____ اسم العميل

Expiry Date تاريخ الانتهاء Guaranteed Amount _____ قيمة الضمان

بيان المطالبة

We, the undersigned Beneficiary, hereby declare that the Applicant, is in breach of its contractual obligations in respect of: نحن، المستفيد الموقع أدناه، نقر بأن طالب الضمان قد أخل بالتزاماته التعاقدية فيما يتعلق ب:

تفاصيل المطالبة

We hereby demand payment under the above-mentioned Guarantee. وبناءً عليه، فإننا نطالب بالدفع بموجب خطاب الضمان المشار إليه أعلاه.

Full Guarantee amount كامل المبلغ Partial amount جزء من المبلغ

If partial amount: _____ في حال المطالبة بجزء من المبلغ:

No further claim - we release you from your obligations for the remaining balance of the Guarantee and consider it as null and void. لا توجد مطالبات لاحقة - نعتيكم من التزاماتكم المتعلقة بالرصيد المتبقي من الضمان ونعتبره لاغياً وباطلاً

Further claims can be made up the remaining amount of the bank Guarantee. يمكن تقديم مطالبات أخرى على المبلغ المتبقي من خطاب الضمان

تفاصيل الحساب لاستلام المبلغ

Bank Name and Swift Code _____ اسم البنك ورمز السويقت IBAN _____ رقم الآيبان

ملاحظات

- This claim form must be duly completed, signed by your Authorized signatories and verified by your bankers, the original to be submitted and received by us on or before the expiry date of the Bank Guarantee to our address indicated in the guarantee. يجب تعبئة هذا النموذج بشكل كامل وتوقيعه من قبل المخولين بالتوقيع ومصادق عليه من بنكم، على أن يتم ارسال الأصل إلينا في أو قبل تاريخ انتهاء الكفالة.
- The Bank reserves the right to verify the authenticity of the claim and the supporting documents. يحتفظ البنك بالحق في التحقق من صحة المطالبة والمستندات المرفقة.
- Original Guarantee and amendment (if any) to be attached to this form. يجب ارفاق أصل الكفالة والتعديلات (ان وجدت) مع هذا النموذج.

تعليمات / بيانات أخرى

توقيع المستفيد المعتمد

Name _____ الاسم Title _____ المنصب

Signature _____ التوقيع