



استمارة طلب تأمين حوادث شخصية جماعي
Group PA Insurance Proposal Form

UIC-QF-LI-05 R1

1 التفاصيل عن المنشأة 1

Name of Institution (Ar)	اسم المنشأة بالعربية
Name of Institution (En)	اسم المنشأة بالانجليزية
Occupation	طبيعة العمل
Main Activities	النشاطات الرئيسية

2 عنوان المنشأة 2

P.O. Box	ص . ب	Zone	المنطقة
Building	المبنى	Street	الشارع
City	المدينة	Country	البلد
Tel	تليفون	Mobile 1	سيار 1
Fax	فاكس	Mobile 2	سيار 2
E-mail	بريد الكتروني		

3 طريقة اشتراك الموظفين بالتأمين 3

Compulsory	<input type="radio"/>	إجباري	Total Number of Staff	إجمالي عدد الموظفين
Voluntary	<input type="radio"/>	إختياري	Provide the list of staff (name/date of birth/gender/job/salary & Nationality) يرجى تزويدنا بكشف يتضمن الاسم/ تاريخ الميلاد / الجنس / الوظيفة / الراتب/ الجنسية	

4 يرجى اختيار / تحديد نوع / قيمة مبلغ التأمين 4

Type النوع	Amount /Formula المبلغ / المعادلة	Minimum الحد الادنى	Maximum الحد الأقصى
<input type="radio"/> Uniform	موحد		
<input type="radio"/> Salary-related	متعلق بالراتب		
<input type="radio"/> Category 1	الفئة الوظيفية 1		
<input type="radio"/> Category 2	الفئة الوظيفية 2		
<input type="radio"/> Category 3	الفئة الوظيفية 3		

1/2

Republic of Yemen

الجمهورية اليمنية

HEAD OFFICE: المركز الرئيسي
Zubairy St. Al Saeed Commercial Building
Sana'a Yemen (R.Y) P.O. Box : 1883
Tel : +967 -1- 555 555
Fax : +967 -1- 214 012

TAIZ تعز
P.O Box. 6295
Tel. (04)215012
FAX: (04) 215145

ADEN عدن
P.O Box. 80169
Tel. (02)222555
FAX: (02) 240972

HODEIDAH الحديدة
P.O Box. 3876
Tel. (03)206485
FAX: (03) 206486

MUKALLA المكلا
P.O Box. 50644
Tel. (05)305051
FAX: (05) 304845

Ibb إب
P.O Box. 7456
Tel. (04)458000
FAX: (04) 457751



Insurance Start Date:	تاريخ بداية التأمين	Insurance End Date:	تاريخ إنتهاء التأمين
-----------------------	---------------------	---------------------	----------------------

5	Please select benefits of cover	يرجى إختيار منافع الغطاء	5
----------	----------------------------------------	---------------------------------	----------

1- Accidental Death	<input type="radio"/> Yes نعم <input type="radio"/> No لا	1- الوفاة بحادث
2- Permanente Total Disability (Accidents)	<input type="radio"/> Yes نعم <input type="radio"/> No لا	2- العجز الكلي الدائم بحادث
3- Permanente Partial Disability (Accidents)	<input type="radio"/> Yes نعم <input type="radio"/> No لا	3- العجز الجزئي الدائم بحادث
4- Temporary Total Disability (Accidents)	<input type="radio"/> Yes نعم <input type="radio"/> No لا	4- العجز الكلي المؤقت بحادث
2/7- Medical Expenses (Accidents) and its limit	<input type="radio"/> Yes نعم <input type="radio"/> No لا	5- المصاريف الطبية بحادث (مع حدود المنفعة)

6	History of Insurance	السجل التأميني	6
----------	-----------------------------	-----------------------	----------

Did you have any insurance/ Takaful policy with this or any other company? If yes, please state below	<input type="radio"/> Yes نعم <input type="radio"/> No لا	هل كانت لديك وثيقة تأمين/ تكافل سارية المفعول للموظفين لدى هذه الشركة أو اية شركة أخرى؟ إذا كان الجواب نعم يرجى التحديد أدناه
Name of ex-insurer		اسم شركة التأمين السابقة
Type of insurance/Takaful policy		نوع وثيقة التأمين أو التكافل
Was the policy cancelled?	<input type="radio"/> Yes نعم <input type="radio"/> No لا	هل الغيت الوثيقة؟
Not renewed?	<input type="radio"/> Yes نعم <input type="radio"/> No لا	لم تجدد الوثيقة؟
Special clauses added?	<input type="radio"/> Yes نعم <input type="radio"/> No لا	فرضت عليكم شروط خاصة؟
Please give full details		يرجى ذكر التفاصيل

7	Claims Experience in the last 3 years (please state in relation to section 6 above)	الخبرة التعويضية خلال 3 سنوات الاخيرة	7
		(يرجى البيان بالارتباط مع القسم 6 أعلاه)	

Year السنة	No of Members عدد الاعضاء	Benefit No in section 6 رقم المنفعة في القسم 6	Total Number of Claims إجمالي عدد المطالبات	Total Amount of Claims إجمالي مبالغ المطالبات	Loss Ratio نسبة الخسارة

8	Authorized Administrator of the Scheme	المدير المخول للبرنامج	8
----------	-----------------------------------------------	-------------------------------	----------

Full Name				الاسم الكامل
Job Title				الوظيفة
Mobile Number	رقم السيار	Fax Number		
E-mail				بريد الكتروني

9	Declaration	الإقرار	9
----------	--------------------	----------------	----------

I declare that the above statement and answers are true in every particular and agree that upon acceptance of the quotation, this statement shall be the basis of contract between us and United Insurance Company (Y.S.C) and that if any untrue averment the contract of insurance shall be absolutely null and void.	أصرح بان الاستبيان والإجابات المتقدمة صحيحة بكل دقائقتها وأوافق على أن يكون هذا الاستبيان أساس التعاقد بيني وبين الشركة المتحدة للتأمين ش.م.ي. وانه إذا تضمن هذا الاستبيان أي إقرار مغلوظ غير صادق فإن عقد التأمين يكون لاغيا باطل المفعول.
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Signed / stamped on
behalf of the institution

Name

Job Title

Date

التوقيع والختم بالنيابة عن
المنشأة

الاسم

الوظيفة

التاريخ