



استمارة طلب تأمين حوادث شخصية فردي  
Individual Personal Accident Insurance Proposal Form

1		بيانات طالب التأمين		1
Given Name:	الاسم الكامل :	Surname:	اللقب :	Sex: الجنس:
				<input type="radio"/> Male ذكر <input type="radio"/> Female أنثى
Date of Birth:	تاريخ الميلاد :	Marital Status:	الحالة الاجتماعية :	ID No: رقم بطاقة الاحوال المدنية:
Nationality:	الجنسية :	Country of Birth:	بلد الميلاد :	Passport No: رقم جواز السفر:
Job:	الوظيفة :	Place of Work:	مكان العمل :	Monthly Salary: الراتب الشهري :
Annual Income:	الدخل السنوي :	Home Tel No:	رقم تليفون المنزل :	Work Tel No: رقم تليفون العمل :
Mobile No.:	رقم الجوال :	E-mail:	البريد الالكتروني:	

Please give full particulars of the nature of duties, condition of work, surroundings, etc below

يرجى ذكر كل التفاصيل عن طبيعة الأعمال والواجبات وعن ظروف العمل ومحيطه الخ .....أدناه

2		عنوان طالب التأمين		2
P. O. Box:	ص. ب. :	Zone:	المنطقة :	Building: المبنى :
Street:	الشارع :	City:	المدينة :	Country: البلد :

<b>3</b>	<b>Details of Insurance Cover</b>	<b>تفاصيل الغطاء التأميني</b>	<b>3</b>
----------	-----------------------------------	-------------------------------	----------

Term (Years) <small>مدة التأمين (سنوات)</small>	Sum Insured <small>مبلغ التأمين</small>	Currency <small>العملة</small>
---	---	--------------------------------

Benefits of Cover <small>منافع التغطيات</small>		
Accidental Death	<input type="radio"/> Yes نعم <input type="radio"/> No لا	الوفاة بحادث
Permanent Total Disability(Accidents)	<input type="radio"/> Yes نعم <input type="radio"/> No لا	العجز الكلي الدائم بحادث
Permanent Partial Disability (Accidents)	<input type="radio"/> Yes نعم <input type="radio"/> No لا	لعجز الجزئي الدائم بحادث
Temporary Total Disability (Accidents)	<input type="radio"/> Yes نعم <input type="radio"/> No لا	العجز الكلي المؤقت بحادث
Medical Expenses (Accidents)	<input type="radio"/> Yes نعم <input type="radio"/> No لا	المصاريف الطبية بحادث

<b>4</b>	<b>History of Insurance</b>	<b>السجل التأميني</b>	<b>4</b>
----------	-----------------------------	-----------------------	----------

Have you ever been insured in this or any other Company? If YES, please state below:	<input type="radio"/> Yes نعم <input type="radio"/> No لا	هل سبق لك أن اشتريت وثيقة تأمين تكافل أو حياة في هذه الشركة ، أو أية شركة أخرى ؟ إذا كان الجواب "نعم" يرجى بيان التالي:
--	---	---

Name of Company <small>اسم الشركة</small>	Amount <small>مبلغ التأمين</small>	Policy Type <small>نوع الوثيقة</small>	Dated <small>تاريخ صدورها</small>	Remarks <small>ملاحظات</small>

<b>5</b>	<b>Name and address of the beneficiary/ies</b>	<b>إسم وعنوان المستفيد /المستفيدين</b>	<b>5</b>
----------	--	--	----------

Name <small>الاسم</small>	صلته القرابية <small>Relationship</small>	Sex <small>الجنس</small>	Age <small>العمر</small>

Other: آخر

<b>6</b>	<b>Habits</b>	<b>العادات والهوايات</b>	<b>6</b>
----------	---------------	--------------------------	----------

Do you propose to join the armed forces? If yes, please give full details	<input type="radio"/> Yes نعم <input type="radio"/> No لا	هل تنوي الإنلتحاق بالقوات المسلحة ؟ إذا كان الجواب بـنعم ، يرجى ذكر التفاصيل
---	---	--

Do you contemplate engaging in any: private flying, diving, sky diving, rock/mountain climbing, racing or any hazardous sports or flying other than as a fare paying passenger on a regular schedule airline? If Yes , please specify below:	<input type="radio"/> Yes نعم <input type="radio"/> No لا	هل تفكر بالالتحاق بأي من النشاطات التالية: الطيران الخاص الغوص، القفز المظلي، تسلق الصخور/الجبال، السباق أو أية رياضة خطيرة أخرى أو الطيران عدا عن راكب باجر على نظامية مجدولة؟ إذا كان الجواب نعم يرجى التحديد أدناه
--	---	---

1- If you are married, please state below		1- إذا كنت متزوجة يرجى بيان التالي:
Husband's full name اسم الزوج كاملا	His Occupation وظيفته	His monthly income راتبه الشهري
2- Is your husband insured with this or any other Company? If YES, Please state below:		2- هل زوجك مؤمن في هذه الشركة أو أية شركة أخرى؟ إذا كان الجواب نعم يرجى بيان التالي:
Name of Company اسم الشركة	Amount مبلغ التأمين	Policy Type نوع الوثيقة

### إقرار وتفويض Declaration and Authorization

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 دقائقها وأوافق على أن يكون هذا الاستبيان أساس التعاقد بيني وبين الشركة المتحدة للتأمين ش.م.ي. وانه إذا تضمن هذا الاستبيان أي إقرار مغلووط غير صادق فان عقد التأمين يكون لاغيا باطل المفعول.

Name of Proposed Applicant  
اسم طالب التأمين

Date / Signature of Proposed Applicant  
التاريخ / توقيع طالب التأمين

*To be used by proposed policyholder if different from applicant* لاستخدام حامل الوثيقة المتقدم إذا كان مختلفا عن طالب التأمين

Name of proposed policyholder  
إسم حامل الوثيقة المتقدم

Relation to the applicant  
العلاقة بطالب التأمين

Address of proposed policyholder  
عنوان حامل الوثيقة المتقدم

Telephone & fax No.  
رقم التليفون والفاكس

Date / Signature of proposed policyholder  
التاريخ / توقيع حامل الوثيقة المتقدم

If the policyholder is a company /corporation, please provide name and designation of signatory and affix company stamp  
إذا كان حامل الوثيقة المتقدم شركة أو مؤسسة يرجى ذكر اسم ووظيفة صاحب التوقيع ووضع ختم الشركة