



UIC-QF-LI-03- R 01 (A/E)

الاستمارة طلب تأمين حوادث عمل
Work Accident Insurance Proposal Form

1 التفاصيل عن الشركة 1
Details of the Company

Name of Company (Ar)		اسم الشركة - عربي
Name of Company (En)		اسم الشركة - إنجليزي
Occupation		طبيعة العمل
Main Activities		النشاطات الرئيسية

2 عنوان الشركة 2
Address of the Company

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 بيانات الموظفين / العمالة المؤقتة 3
Data of Employees / Workers

Total Number of Permanent Staff		إجمالي عدد الموظفين الدائمين
Provide the list of staff indicating name/date of birth/job/salary & Nationality		يرجى تزويدنا بكشف يتضمن الاسم/ تاريخ الميلاد / الوظيفة / الراتب / الجنسية

Casual Workers (Provide the data of casual workers according to the occupation / number & wages at each site as per schedule below) العمالة المؤقتة (يرجى تحديد بيانات العمالة المؤقتة بحسب المهنة والعدد والاجر في كل موقع عمل بحسب الجدول أدناه)

Project Name اسم المشروع	Project Site موقع المشروع	Occupations المهن	No. of Workers عدد العمال	Monthly Wages الاجور الشهرية

1/3

Republic of Yemen

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

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

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

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

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

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

الجمهورية اليمنية



6	Claims Experience in the last 3 years (please state in relation to section 4 above)	الخبرة التعويضية خلال 3 سنوات الاخيرة (يرجى البيان بالارتباط مع القسم 4 أعلاه)	6
----------	--	--	----------

Year السنة	No of Members عدد الاعضاء	Benefit No in Section 4 رقم المنفعة في القسم 4	Total Number of Claims إجمالي عدد المطالبات	Total Amount of Claims إجمالي مبالغ المطالبات	Loss Ratio نسبة الخسارة

7	Authorized Administrator of the Scheme	المدير المخول للبرنامج	7
----------	---	-------------------------------	----------

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

الإقرار Declaration

I/We agree to keep a proper wages register and permit the Company at all times to inspect such register and to render at the end of each period of insurance a statement in the form required by the Company of all wages actually paid, together with the value of other earnings and allowances, and to pay premium on any excess of the amounts estimated above.

أنا / نحن نوافق على الإحتفاظ بسجل رواتب منتظم والسماح للشركة في كل وقت بفحص هذا السجل وتقديم بيان للمرتبات الفعلية المدفوعة مع قيمة الأجور والعلاوات في نهاية كل فترة تأمينية على الإستمرار المطلوبة من قبل الشركة . ونتعهد بدفع الأقساط عن المبالغ الزائدة عن التقديري أعلاه

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 دقائنها 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 فان عقد التأمين يكون لاغيا باطل المفعول.

Signed / stamped on
behalf of the Company

التوقيع والختم بالنيابة
عن الشركة

Name

الاسم

Job Title

الوظيفة

Date

التاريخ