

## طلب التأمين Proposal Form

### Schedule No. 1 Insured's Details

### جدول رقم (١) معلومات عن المؤمن له

1- Applicant's details				
Name as per ID card	First	Second	Third	Tribe
Commercial Name:				
Date of Birth:		Age:		
Commercial Reg. No.:		Head Office:		
Address:		P.O. Box:		
City / Village:		Postal Code No.:		
Tel- Res.:		Email:		
Mobile:				
Occupation:		P.O.Box:		
Employer:		Postal Code No.:		
Office Phone No.:				
Driving License No.:		Expiry Date:		
2- Details of Insurance Cover				
Type of Vehicle: Passenger / Transportation / Small Truck / Large Truck / Other				
Usage: Private / Commercial / Taxi / Driving School/ Other				

١ - بيانات مقدم الطلب				
الإسم حسب البطاقة المدنية:	الأول	الثاني	الثالث	القبيلة
الإسم التجاري:				
تاريخ الميلاد:		العمر:		
رقم السجل التجاري:		المقر الرئيسي:		
العنوان:		صندوق البريد:		
المدينة / القرية:		الرمز البريدي:		
هاتف المنزل:		البريد الإلكتروني:		
النقل:				
المهنة:		صندوق البريد:		
جهة العمل:		الرمز البريدي:		
هاتف المكتب:				
رقم رخصه قيادة المركبة:		تاريخ الإنتهاء:		
٢ - تفاصيل التغطية التأمينية				
نوع السيارة: ركاب/ نقل / شاحنة صغيرة / شاحنة كبيرة / أخرى				
الاستعمال: خصوصي / تجاري / أجرة / تعليم قيادة / أخرى				

Signature of the Insured

Signature of the Insurer

توقيع المؤمن:

توقيع المؤمن له:

Date:

Date:

التاريخ:

التاريخ:

**Persons authorized to drive the vehicle**

Name	Age	Sex	Relationship	ID No

**عدد الأشخاص المصرح لهم قيادة المركبة**

الإسم	العمر	الجنس	الصفة (القرابة أو العلاقة)	رقم البطاقة المدنية

**Clarification:-**

The Insurer has no right to refuse settlement of any claim on the grounds that the driver is not listed among those authorized to drive the vehicle.

The Excess specified in the Policy Schedule shall apply.

Do you have any claims that are not settled by the Insurer? Which type?

Yes  No

If the answer is yes, please state the claim and its date:

.....  
.....  
.....  
.....

Previous Insurers:

- 1- .....  
2- .....  
3- .....

**إيضاح :-**

لا يحق للمؤمن رفض تسوية أي مطالبة بحجة أن قائد المركبة ليس مدرج ضمن قائمة الأشخاص المصرح لهم بقيادة المركبة ، ويطبق جدول التحمل المدرج في الوثيقة.

هل توجد لديك مطالبات لم يتم تسويتها من قبل المؤمن وما نوعها؟

نعم  لا

إذا كانت الإجابة بنعم، أذكرها وتاريخ حدوثها

.....  
.....  
.....  
.....

المؤمنين السابقين:

- 1- .....  
2- .....  
3- .....

Signature of the Insured

Signature of the Insurer

توقيع المؤمن :

توقيع المؤمن له:

Date:

Date:

التاريخ :

التاريخ:

**Schedule No. 2-A**  
**Period and Type of Insurance Cover**

Type of Insurance Cover	Yes	Premium	Signature
1 Compulsory Insurance		RO	
2 Compulsory Insurance + Personal Accident		RO	
3. Compulsory Insurance + Natural Calamities (STF)		RO	
4. Compulsory Insurance + Personal Accident + Natural Calamities (STF)		RO	
5 Compulsory Insurance + Fire, Theft and Burglary only + Malicious Damage (only when vehicle not in use or when vehicle is parked whilst Insured is abroad)		RO	
6 Comprehensive Insurance Compulsory Insurance + Loss & Damage to the Insured Vehicle + Personal Accident + Natural Calamities (STF)		RO	

**جدول رقم (٢-أ)**  
**فترة ونوع تغطية التأمين**

التوقيع	نعم	قسط التأمين	نوع تغطية التأمين
		ر.ع	١ تأمين إجباري.
		ر.ع	٢ تأمين إجباري + حوادث شخصية.
		ر.ع	٣ تأمين إجباري + الكوارث الطبيعية (STF).
		ر.ع	٤ تأمين إجباري + حوادث شخصية + الكوارث الطبيعية (STF).
		ر.ع	٥ تأمين إجباري + تأمين حريق وسرقة وسطو فقط + فعل متعمد من الغير (في حالة عدم الإستعمال أو السفر فقط).
		ر.ع	٦ تأمين شامل: أ- تأمين إجباري + الفقد والتلف + حوادث شخصية + الكوارث الطبيعية (STF).

**Schedule No. 2-B**  
**Insurance of Equipment (drilling, lifting, construction works, agricultural, other similar activities)**

Insurance period requested: From / / To: / /

Type of Insurance Cover	Yes	Premium	No	Signature
1 Compulsory Insurance + Third Party Liability during operation or at work site.		RO		
2 Compulsory Insurance + Third Party Liability during operation or at work site + Natural Calamities (STF)		RO		
3 Comprehensive Insurance + Third Party Liability during operation or at work site		RO		
4 Comprehensive Insurance + insurance at work site		RO		
<b>Total Premium</b>		RO		

**جدول رقم (٢-ب)**  
**التأمين على معدات (الحضر، الرفع، الأعمال الإنشائية، الزراعية، الأشغال الأخرى المماثلة)**

فترة التأمين المطلوبة من: / / م إلى: / / م

التوقيع	نعم	قسط التأمين	لا	نوع تغطية التأمين
		ر.ع		١ تأمين إجباري + المسؤولية المدنية تجاه الطرف الثالث أثناء التشغيل أو في موقع العمل.
				٢ تأمين إجباري + المسؤولية المدنية تجاه الطرف الثالث أثناء التشغيل أو في موقع العمل + الكوارث الطبيعية (STF).
		ر.ع		٣ التأمين شامل + المسؤولية المدنية تجاه الطرف الثالث أثناء التشغيل أو في موقع العمل.
		ر.ع		٤ التأمين شامل + التأمين في موقع العمل
		ر.ع		إجمالي قسط التأمين

Signature of the Insured

Signature of the Insurer

توقيع المؤمن :

توقيع المؤمن له:

Date:

Date:

التاريخ:

التاريخ:

**Schedule No. 3  
New Additional Benefits**

Additional Insurance Covers	Yes	Premium	Signature
1. Without payment of depreciation on new spare parts		RO	
2. Repair at the Agency workshop if the vehicle has been used for more than one year		RO	
3. Without payment of any Excess		RO	
4. Vehicle towing service without specifying distance		RO	
5. Replacement of front windshield with genuine one from the Agent		RO	
6. Alternative vehicle during the repair period		RO	
7. The Insured's property outside the vehicle		RO	
8. Cash compensation of RO.... per day for the vehicle stoppage		RO	
9. Automatic renewal if there is no claim		RO	
10. Any other agreed benefits		RO	
<b>Amount of premium required for additional benefits</b>		RO	

**جدول رقم (٣)  
المزايا الإضافية الجديدة**

التوقيع	قسط التأمين	نعم	تغطيات تأمينيه إضافية
	ر-ع		١- بدون دفع استهلاك على قطع الغيار الجديدة
	ر-ع		٢- الإصلاح في ورشة الوكالة متى تجاوز استخدام المركبة عن سنة واحده
	ر-ع		٣- بدون دفع أي تحمل
	ر-ع		٤- خدمة سحب السيارة بدون تحديد المسافة
	ر-ع		٥- استبدال زجاج المركبة الأمامي بأخرى أصلية من الوكالة
	ر-ع		٦- سيارة بديلة طوال فترة إصلاح المركبة
	ر-ع		٧- ممتلكات المؤمن له خارج المركبة
	ر-ع		٨- التعويض النقدي عن التعطل بمقدار..... ر-ع عن كل يوم تعطل
	ر-ع		٩- التجديد التلقائي في حالة عدم وجود مطالبة
	ر-ع		١٠- أي مزايا أخرى يتفق عليها.
	ر-ع		مبلغ القسط المطلوب سداده بالنسبة للمزايا الإضافية

Signature of the Insured

Signature of the Insurer

توقيع المؤمن :

توقيع المؤمن له:

Date:

Date:

التاريخ :

التاريخ: