

Motor Comprehensive Insurance Application (Aman) - Individuals		طلب تأمين شامل للمركبات (أمان) - أفراد	
Please fill up the form below:		الرجاء تعبئة النموذج أدناه:	
Product	<input type="checkbox"/> Aman Classic <input type="checkbox"/> Aman Silver <input type="checkbox"/> Aman Gold <input type="checkbox"/> Aman Platinum	إسم المنتج: <input type="checkbox"/> أمان كلاسيك <input type="checkbox"/> أمان الفضي <input type="checkbox"/> أمان الذهبي <input type="checkbox"/> أمان البلاتيني	
Type:	<input type="checkbox"/> New <input type="checkbox"/> Renewal	نوع الطلب: <input type="checkbox"/> إصدار <input type="checkbox"/> تجديد رقم الوثيقة في حال التجديد	
Policy No. in case of renewal:...			
Applicant Information		البيانات الشخصية	
Name of Owner:		اسم مالك المركبة:	
ID Number:		رقم الهوية:	
Nationality:		تاريخ الميلاد:	
Date of Birth:		جنسية:	
Fax No.:		هاتف العمل:	
Office Phone:		رقم الفاكس:	
Email:		رقم الجوال:	
Cell Phone:		البريد الإلكتروني:	
Postal Code:		ص.ب.:	
City:		المدينة:	
Area:		P.O. Box:	
Street:		المنطقة:	
Additional zip code:		رقم المبنى:	
Building number:		الرمز الإضافي:	
Job Title		المسمى الوظيفي	
Are you a political personality rendering prominent public function(s) or high ranking Military Officer (General or above) ? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Yes, direct family member or close associate. If yes, please indicate Official Position or Rank:		هل أنت مسؤول سياسي مكلف بالقيام بوظيفة بارزة في القطاع العام الحكومي أو ضابط عسكري ذو رتبة عالية (رتبة لواء أو أعلى)؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم ، أحد أفراد العائلة من الدرجة الأولى أو المقربين. في حال الإجابة بنعم الرجاء تحديد المنصب الرسمي أو الرتبة:	
Are you related or a relative to any of Medgulfs board members or executive Management? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If yes, please indicate the name and type of relation:.....		هل لك صلة قرابة أو علاقة بأحد المدراء التنفيذيين / أعضاء مجلس الإدارة لدى ميدغولف؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا في حال الإجابة بنعم الرجاء تحديد الاسم وطبيعة العلاقة:	
Motor Vehicle Information		بيانات المركبة	
License Serial No.:		نوع التسجيل:	
رقم الرخصة التسلسلي:		Registration Type:	
Vehicle Model:		ماركة المركبة:	
طراز المركبة:		Vehicle Brand:	
Vehicle Color:		نوع الهيكل:	
لون المركبة:		Body Type:	
Vehicle Load:		عدد مقاعد المركبة:	
حمولة المركبة:		Number of Seats:	
Year of Make:		رقم اللوحة:	
سنة الصنع:		Plate Number:	
Chassis Number:		رقم البطاقة الجمركية:	
رقم الهيكل:		Customs Card No.:	
Driving Licenses Expiry Date:		القيمة المقدرة للمركبة (ر.س.):	
تاريخ انتهاء الرخصة:		Insured Value (SR):	
Type of repair: <input type="checkbox"/> Agency <input type="checkbox"/> Workshop Excess Amount : The agency choice allows only for vehicles up to 6 years of age only.		نوع الإصلاح <input type="checkbox"/> وكالة <input type="checkbox"/> ورش مبلغ الاقتطاع (التحمل): خيار الإصلاح في وكالة متاح فقط للمركبات التي لا يزيد عمرها عن 6 سنوات من سنة الصنع.	
* Accessories: Any item or device on the vehicle that has been added by the owner of the vehicle and not from the manufacturer e.g. loudspeaker, camera, etc.		* الملحقات: أي قطعة أو جهاز تم إضافتها على المركبة من قبل مالك المركبة وليس من الشركة المصنعة كأجهزة تكبير الصوت والجناح والكاميرا على سبيل المثال.	
Do you want to insure your car accessories? If yes, kindly specify their value and type.		هل ترغب في تغطية ملحقات المركبة؟ إذا كان الجواب نعم ، فضلاً حدد قيمة الملحقات ونوعها.	
Type of Accessories:		نوع الملحقات:	
Insured Value of Accessories:		القيمة المقدرة للملحقات:	
Previously Insured with MedGulf? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		هل سبق أن أمنت لدى ميدغولف؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	
If No, please provide the previous insured company:		إذا كانت الإجابة لا الرجاء تحديد شركة التأمين السابقة:	
Has the vehicle or the driver suffered/ caused any loss or damage in the last year? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> If Yes, please state the amount(s) of damage sustained together with the number of accidents: No. of Accidents: Estimated Damages Amount: Further details may be requested to assess the risk.		هل سبق أن تعرضت المركبة أو تسبب السائق بخسارة أو ضرر خلال السنة الأخيرة؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> في حال الإجابة بنعم ، الرجاء التصريح بقيمة الأضرار وعدد الحوادث: عدد الحوادث: القيمة التقديرية للأضرار: من الممكن طلب تفاصيل إضافية لتقييم الخطر	

هل المركبة مستأجرة بموجب عقد ينتهي بالتمليك؟	<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم
Is the vehicle leased under a contract that leads ownership?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No

التغطيات الإضافية Additional Benefits

Please select the additional benefits to be included الرجاء اختيار التغطية الإضافية المطلوبة

توسعة التغطية الجغرافية لتشمل	<input type="checkbox"/> البحرين	<input type="checkbox"/> دول مجلس التعاون	<input type="checkbox"/> مصر, لبنان, الأردن, سوريا
Extend the Territorial Limits	<input type="checkbox"/> Bahrain	<input type="checkbox"/> GCC	<input type="checkbox"/> Egypt ,Lebanon, Jordan, Syria

الفترة:	<input type="checkbox"/> سنة كاملة	<input type="checkbox"/> الفترة شهر من بداية الوثيقة
Period:	<input type="checkbox"/> Year	<input type="checkbox"/> Period month from inception date

الكوارث الطبيعية : خدمة الطوارئ على الطريق	<input type="checkbox"/> (بحد أقصى 15,000 ر.س.)
Natural Hazard Emergency Road Service	<input type="checkbox"/> (Up to max. limit SAR 15,000)

تمديد التغطية لتشمل: Extend the coverage to include:

<input type="checkbox"/> السائقين ما بين 17 سنة و 18 سنة	<input type="checkbox"/> السائقين ما بين 17 و 18 سنة
<input type="checkbox"/> السائقين ما بين 18 و 21 سنة	<input type="checkbox"/> السائقين ما بين 18 سنة و 21 سنة
* اسم السائق:	

* In case the choices above were not selected, coverage will not include any drivers below 21 years old. * في حال عدم الاختيار أعلاه فإن التغطية لا تشمل السائقين الذين أعمارهم أقل من 21 سنة

الإقرار و التوقيع Disclaimer and Signature

أنا الموقع أدناه أقر بموافقتي على إصدار وثيقة تأمين مركبات شامل حسب شروط ومناقص برنامج ميدغلف (أمان) للمركبة الموضحة بياناتها أعلاه ، أقر بأنني قرأت وفهمت وأوافق على بنود وشروط الاتفاقية.

أتعهد بأن الوثائق المقدمة لتحديد الهوية وكافة المعلومات المصرح بها أعلاه صحيحة ودقيقة وكاملة. وأقر أيضاً بأنه ليس لدي أي أسماء أو تفاصيل هوية أخرى غير تلك المقدمة أعلاه. أتفهم أيضاً بأن التفاصيل المقدمة من قبلي سيؤخذ بها طوال فترة الوثيقة، كما سأقوم بإخطاركم فوراً وخطياً عن أية تغييرات.

وبالتالي فإنني أوافق على أن أعرض ميدغلف عن كل وأية خسائر عن تحريفي أو عدم تصريحي لهذه المعلومات، وفي هذه الحالة فإنه سوف يحق لميدغلف بإعادة تقييم الغطاء التأميني و/ أو التحقيق في المطالبات بدون أي مسؤولية قانونية اتجاهها.

أقر بأنه لا علاقة لي بأي نشاط إجرامي أو غسيل أموال وأن أقساط التأمين المدفوعة هي من مصدر دخلي المشروع وأنه لم يتم اكتسابها من أي نشاط غير قانوني. ومن المعلوم أيضاً أن ميدغلف تحتفظ بحق إلغاء هذه الوثيقة في حال تبين أنه قد تم تزويدها بتفاصيل هوية غير صحيحة.

كما أقر أنني مدرك تماماً لجميع شروط وأحكام وثيقة التأمين التي تم شرحها لي من قبل ممثل ميدغلف

التاريخ	التوقيع	اسم مقدم الطلب
-----/-----/-----	-----	-----
Date	Signature	Applicant Name

Official use only للإستخدام الرسمي فقط

هل تم تصوير ومعاينة المركبة؟	<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم
Has the vehicle been inspected and photographed?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No

هل كانت ملائمة للتأمين؟	<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم
Is the vehicle in good insurable conditions?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No

ملاحظات: Comments:

التاريخ	التوقيع	اسم الموظف
-----/-----/-----	-----	-----
Date	Signature	Officer Name

Consent Statement Enquiry and Data sharing for insurance	إقرار الاستعلام والإفصاح عن بيانات العميل الخاص بشركات التأمين
<p>I the Hereby, undersigned (Agent/Authorized person (on behalf of the Business/Company) agree to provide MedGulf with any information that it requires for issuing an insurance policy and/or auditing and/or administering my accounts and facilities therewith.</p> <p>I authorize it to obtain, collect, disclose and share any information as it deems necessary or in need for issuing an insurance policy of all types (active and closed) and/or any other financial obligation from/to the Saudi Credit Bureau (SIMAH) through the membership agreement signed with the company.</p>	<p>بهذا أنا الموقع أدناه (وكيل/أو شخص مفوض بالنيابة عن الشركة/المؤسسة) أوافق على تزويد ميدغولف بأي معلومات أو بيانات تطلبها مني لإصدار وثيقة التأمين لدى الشركة و/أو لمراجعتة و/أو لإدارته وأفوض الشركة بأن تحصل على ما يلزم أو تحتاج إليه من بيانات أو معلومات، تخصني أو تخص حسابي المذكور أو أي حساب آخر يكون لدى الشركة.</p> <p>كما أوافق على أن تفصح الشركة عن المعلومات الخاصة بي عن أي معلومات تتعلق بوثيقة التأمين بأنواعها، سواءً فعالة أو منتهية، وعن أي التزام مادي يترتب علي، أو أي حساب آخر يكون لدى المفوض، للشركة السعودية للمعلومات الائتمانية (سمة) من خلال اتفاقية العضوية الموقعة مع الشركة.</p>
<p>Customer Name:.....</p> <p>Date:.....</p> <p>Signature:.....</p>	<p>إسم العميل أو الوكيل:.....</p> <p>التاريخ:.....</p> <p>التوقيع:.....</p>