

Motor Comprehensive Application Form (Individuals)
نموذج طلب تأمين شامل للمركبات (أفراد)
Mashmool
مشممول

 نوع الطلب: تجديد New جديد

 Proposal Date: تاريخ عرض السعر: Proposal/ Policy Number: رقم العرض/ رقم الوثيقة:
Insured Information **بيانات المؤمن له**

 ID/ CR Number: رقم الهوية/ السجل التجاري: Name: الاسم:

 Nationality: الجنسية: Date of Birth: تاريخ الميلاد:

 Marital status: الحالة الاجتماعية: Gender: Female أنثى Male ذكر

 Number of children under 16 years: عدد الأطفال دون عمر ١٦ سنة: Education level: مستوى التعليم:

 Phone Number (Home/ Office): رقم الهاتف (المنزل أو العمل): Occupation: المهنة:

 Mobile Number: رقم الجوال: Email Address: عنوان البريد الإلكتروني:

 Address City: المدينة: Region: المنطقة:

 Street Name: اسم الشارع: District: الحي:

 Postal Code: الرمز البريدي: Building Number: رقم المبنى:

 P.O. Box: صندوق البريد: Additional Number: الرقم الإضافي:

 Bank information of the Insured: Bank Name: اسم البنك:

 IBAN Number: رقم الحساب البنكي (IBAN):

(Please ensure the IBAN No. provided is correct) (الرجاء التأكد من صحة رقم الأيبان الذي تم تقديمه)

 Are you a political personality rendering prominent public function(s) or high-ranking military officer (General or above)? Yes نعم No لا
 هل أنت مسؤول سياسي مكلف بالقيام بوظيفة بارزة في القطاع العام الحكومي أو ضابط عسكري ذو رتبة عالية (رتبة لواء أو أعلى)؟

 Yes, direct family member or close associate نعم، أحد أفراد العائلة من الدرجة الأولى أو المقربين
 في حال الإجابة بنعم، الرجاء تحديد المنصب الرسمي أو الرتبة:

 Are you a relative or any way related to a MEDGULF Board or Executive Management member? Yes نعم No لا
 هل لك صلة قرابة أو علاقة بأحد المندوب التنفيذيين / أعضاء مجلس الإدارة لدى ميدغلف؟

If yes, please indicate the member name and type of relationship: في حال الإجابة بنعم، الرجاء تحديد الاسم وطبيعة العلاقة:

Drivers Information **بيانات السائقين**

Driver	الرابع Fourth	الثالث Third	الثاني Second	السائق الرئيسي Main Driver	السائق
Name					الاسم
ID Number					رقم الهوية
Frequency of driving the insured vehicle					تردد قيادة المركبة المؤمنة
Driving License Issuance Date					تاريخ إصدار رخصة القيادة
Driving License Expiry Date					تاريخ انتهاء رخصة القيادة
Type of driving license					نوع رخصة القيادة
Gender					الجنس
Date of Birth					تاريخ الميلاد
Marital Status					الحالة الاجتماعية
Occupation					المهنة
Education					مستوى التعليم
No. of children under 16					عدد الأطفال دون عمر ١٦ سنة
Residential address					عنوان السكن
Office/Business address					عنوان المكتب/ الشركة
No. of years with Saudi license					عدد سنوات حمل الرخصة السعودية
Valid license from other countries					رخص قيادة سارية من دول أخرى
No. of years with other licenses (country/ no. of years)					عدد سنوات حمل رخصة قيادة من دول أخرى (عدد السنوات/ البلد)
No. of years eligible for No Claims Discount					عدد السنوات المؤهلة للحصول على خصم عدم وجود مطالبات

No. of at-fault accidents last 5 years				عدد الحوادث المسؤولة عنها في الخمس سنوات الماضية
No. of at-fault claims in last 5 years				عدد المطالبات المسؤولة عنها في الخمس سنوات الماضية
Road convictions				المخالفات المرورية
Medical conditions as stated in license				الشروط الطبية كما هو مذكور في رخصة القيادة
Relationship with insured (parents, spouse, sons, daughters, brother and sister)				صلة القرابة بالمؤمن له (الأب، الأم، الزوج، الزوجة، الابن، الابنة، الأخ، الأخت)
Under the sponsorship of the insured				تحت كفالة المؤمن له، أو يعمل لدى المؤمن له بموجب عقد عمل
The insured is responsible for ensuring that only the aforementioned drivers are eligible to drive the insured vehicle. In the case where an unnamed driver is held responsible for an accident, the claim will be counted towards the NCD eligibility record of the insured (not the unnamed driver). MEDGULF will have the right to refuse covering the "Own Damage" part of the policy. Moreover, if the unnamed driver is found to be either below the age of 18, or legally ineligible to drive, MEDGULF will have full right to recover the third party damage expenses from the insured.			يتحمل المؤمن له مسؤولية التأكد من أن جميع السائقين المذكورين أعلاه مؤهلين لقيادة المركبة المؤمن عليها. وفي حال وقوع حادث تسبب به سائق لم يتم تعريفه وإدراجه بالوثيقة؛ يتم تسجيل المطالبة في سجل المؤمن له (وليس السائق غير المعروف) مما يؤثر على استحقاق المؤمن له لخصم عدم وجود مطالبات. بالإضافة إلى ذلك، إذا تبين أن السائق الذي لم يتم تعريفه دون سن 18 عاماً أو غير مؤهل قانونياً للقيادة، فسيكون لدى ميدغلف الحق الكامل في رفض تغطية الأضرار التي تلحق بالمركبة المؤمن عليها واسترداد نفقات تعويض الضرر الذي لحق بالطرف الثالث من المؤمن له.	
Number of owned and uninsured vehicles:	عدد المركبات المملوكة وغير المؤمنة:	Do you currently have Insurance?*	هل لديك تأمين حالياً؟*	Yes <input type="checkbox"/> نعم No <input type="checkbox"/> لا
* If yes, name of current insurance company:	* إذا كانت الإجابة نعم، اسم شركة التأمين الحالية:			
Expiry Date:	تاريخ الانتهاء:	Policy Number:	رقم الوثيقة:	
Vehicle Information				
Registration Expiry Date:	تاريخ إنتهاء الإستمارة:	Registration Type:	نوع التسجيل:	
Plate Number:	رقم اللوحة:	Purpose of Use:	الغرض من الاستخدام:	
Customs Card Number:	رقم البطاقة الجمركية:	Serial Number:	الرقم التسلسلي:	
Brand/ Model:	الماركة/ الطراز:	Chassis Number:	رقم الهيكل:	
Color:	اللون:	Year of Manufacture:	سنة الصنع:	
Trailer Description:	وصف المقطورات:	Body Type:	نوع الهيكل:	
Weight:	الوزن:	Number of Seats:	عدد المقاعد:	
Odometer Reading (km):	قراءة العداد (كم):	Engine Size (cc):	حجم المحرك (سم مكعب):	
Sum Insured Vehicle Value (SAR):			القيمة المقدرة للمركبة (ر.س):	
Do you want to insure your vehicle accessories?	No <input type="checkbox"/> لا	Yes <input type="checkbox"/> نعم	هل ترغب في تغطية ملحقات المركبة؟	
If yes, please specify value of accessories:			في حال الإجابة بنعم، الرجاء تحديد القيمة المقدرة للملحقات:	
Accessories: Any item or device on the vehicle that has been added by the owner of the vehicle and not from the manufacturer.			الملحقات: أي قطعة أو جهاز تم إضافتها على المركبة من قبل مالك المركبة وليس من الشركة المصنعة.	

Additional vehicle details					تفاصيل إضافية للمركبة
Transmission <input type="checkbox"/> Automatic <input type="checkbox"/> Manual	ناقل الحركة <input type="checkbox"/> أوتوماتيكي <input type="checkbox"/> يدوي				
Anti-lock braking system <input type="checkbox"/>	نظام المكابح المانعة للانغلاق	Automatic braking system <input type="checkbox"/>	نظام مكابح أوتوماتيكي	Anti-theft alarm <input type="checkbox"/>	جهاز إنذار ضد السرقة
Cruise control <input type="checkbox"/>	مثبت السرعة	Adaptive cruise control <input type="checkbox"/>	مثبت السرعة التكيفي	Rear Sensors <input type="checkbox"/>	حساسات خلفية
Camera options	Rear <input type="checkbox"/> خلفية	Front <input type="checkbox"/> أمامية	360 degree <input type="checkbox"/>	360 درجة	ميزات الكاميرا
Location where vehicle is kept overnight	Road-side <input type="checkbox"/> جانب الشارع	Drive-way <input type="checkbox"/> ممر المنزل	Garage <input type="checkbox"/>	كراج	مكان إيقاف المركبة أثناء الليل
Trailer attached to the Motor Vehicle <input type="checkbox"/>	وجود مقطورة تابعة للمركبة <input type="checkbox"/>				
Modifications on the vehicle. Please mention the details:					التعديلات على المركبة. يرجى ذكر التفاصيل:
For commercial vehicles only	Fire extinguisher <input type="checkbox"/> طفاية حريق	Vehicle axle weight (kg):	وزن محاور العجلات:	للمركبات التجارية فقط	
Policy Options					خيارات الوثيقة
Repair Type*:	Agency <input type="checkbox"/> وكالة	Workshop <input type="checkbox"/> ورشة	نوع الإصلاح*:	Excess/ Deductible:	قيمة التحمل:
* The agency repair choice is only allowed for vehicles 6 years from year of manufacture or less			* خيار الإصلاح في الوكالة متاح فقط للمركبات التي لا يزيد عمرها عن 6 سنوات من سنة الصنع أو أقل		
The repair cost percentage at which the vehicle is considered economic total loss <input type="checkbox"/> 65			نسبة تكلفة الإصلاح التي تعتبر عندها المركبة خسارة كلية إقتصادي 65 <input type="checkbox"/>		

التغطيات الإضافية	Additional Covers
تغطية الحوادث الشخصية بحد أقصى 100,000 ريال	Coverage of personal accidents up to max SAR 100,000
<input type="checkbox"/> للسائق <input type="checkbox"/> للركاب في حال اختيار التغطية للركاب، سيتم تغطية الحوادث الشخصية لجميع الركاب حسب السعة القصوى للمركبة (عدد المقاعد). (علماً ان المسؤولية المدنية تجاه ركاب الطرف الثالث داخل المركبة المؤمنة بموجب هذه الوثيقة مشمولة ضمن التغطية الأساسية بينما تعد مزايا تغطية الحوادث الشخصية المقدمة هي تغطية إختيارية)	<input type="checkbox"/> For driver <input type="checkbox"/> For passengers In case of selecting the cover for passengers, personal accidents will be covered for all passengers based on vehicle seating capacity. (Note that the civil liability towards third party passenger inside the vehicle insured under this insurance plan is included under the basic coverage while the personal accident benefit offered is an optional coverage.)
توفير مركبة بديلة بحد أقصى 100 ريال سعودي لليوم الواحد ولمدة 15 يوماً لكل حادث	Replacement vehicle up to max SAR100 per day for 15 days per accident
<input type="checkbox"/> مطلوب <input type="checkbox"/> غير مطلوب	<input type="checkbox"/> Required <input type="checkbox"/> Not Required
توسيع النطاق الجغرافي لتغطية المركبة	Geographical limit extension:
<input type="checkbox"/> مطلوب <input type="checkbox"/> غير مطلوب إذا مطلوب الرجاء تحديد الدول	<input type="checkbox"/> Required <input type="checkbox"/> Not Required If required please specify countries
<input type="checkbox"/> دول مجلس التعاون الخليجي <input type="checkbox"/> البحرين <input type="checkbox"/> دول مجلس التعاون الخليجي والدول العربية (الاردن، لبنان، مصر)	<input type="checkbox"/> GCC <input type="checkbox"/> Bahrain <input type="checkbox"/> GCC and Arab Countries (Jordan, Lebanon, Egypt)
الرجاء تحديد الفترة	Please specify period
<input type="checkbox"/> شهر فقط <input type="checkbox"/> ثلاثة أشهر <input type="checkbox"/> ستة أشهر <input type="checkbox"/> سنة فقط	<input type="checkbox"/> One month <input type="checkbox"/> Three months <input type="checkbox"/> Six months <input type="checkbox"/> One Year
الطريق على المساعدة	Roadside Assistance
<input type="checkbox"/> مطلوب <input type="checkbox"/> غير مطلوب	<input type="checkbox"/> Required <input type="checkbox"/> Not Required
تغطية السائق المؤهل قانونياً البالغ 18 عاماً فما فوق وغير مدرج اسمه بالوثيقة	Coverage of unnamed legally eligible driver above the age of 18 year
<input type="checkbox"/> مطلوب <input type="checkbox"/> غير مطلوب	<input type="checkbox"/> Required <input type="checkbox"/> Not Required
ملاحظة: إذا تبين أن السائق الذي لم يتم تعريفه دون سن 18 عاماً أو غير مؤهل قانونياً للقيادة، فسيكون لدى ميدغلف الحق الكامل في رفض تغطية الأضرار التي تلحق بالمركبة المؤمن عليها واسترداد نفقات تعويض الضرر الذي لحق بالطرف الثالث من المؤمن له حتى مع وجود هذه التغطية.	Note: Even with this cover in place, if an unnamed driver is held responsible for an accident and is found to not be legally eligible to drive, or is found to be below the age of 18, MEDGULF will have full right to refuse covering the 'Own Damage' part of the policy and recover the third party damage expenses from the insured.

الإقرار و التوقيع	Disclaimer and Signature
أنا الموقع ادناه أقر بموافقتي على إصدار وثيقة تأمين للمركبة الموضحة بياناتها أعلاه. بتوقيع هذا الطلب، أقر بأنني قرأت وفهمت وأوافق على بنود وشروط الاتفاقية التي تم شرحها لي من قبل ممثل ميدغلف.	I hereby confirm my acceptance to issue a Motor insurance plan for the vehicle mentioned above. By signing this form, I confirm that I have read, understood and accepted the terms and conditions of the agreement, and as explained to me by the MEDGULF representative.
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. أتقدم أيضاً بأن التفاصيل المقدمة من قبلي سيؤخذ بها طوال فترة الوثيقة، كما سأقوم بإخطاركم خلال 20 يوم عمل وخطياً عن أية تغيير في الحقيقة الجوهرية.	I declare that the documents submitted for identification and all other information provided above are true, accurate and complete. I further declare that I do not have any other names or identification particulars apart from those submitted above. I understand that the details provided by me are the basis for which the terms of the insurance plan apply, and I shall notify MEDGULF with 20 working days in writing of any changes in the material fact.
وبالتالي فإنني أوافق على أن أعرض ميدغلف عن كل وأية خسائر تنتج عن تحريفي أو عدم تصريح لي هذه المعلومات، وفي هذه الحالة فإنه سوف يحق لميدغلف بإعادة تقييم الغطاء التأميني و/ أو التحقيق في المطالبات بدون أي مسؤولية قانونية اتجاهها.	I hereby agree that I shall indemnify MEDGULF against all and any loss arising from my misrepresentation under these declarations and MEDGULF shall have the right at its own discretion to reevaluate cover, reject the claim and/ or investigate claims with no legal liability towards them.
أقر بأنه لا علاقة لي بأي نشاط إجرامي أو غسل أموال وأن إشتراكات 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.	I hereby declare that I am not involved in any criminal or money laundering activity and that the contributions paid are out of my legitimate source of income and are not derived from any illegal activity. It is also understood that MEDGULF reserves the right to cancel the insurance plan in case the identification particulars that were provided were incorrect.
وفقاً لقواعد جمع وتبادل المعلومات التأمينية للمركبات الصادرة عن مؤسسة النقد العربي السعودي واللوائح والتعليمات الأخرى ذات العلاقة؛ أوافق على منح ميدغلف الحق في الاستعلام من شركة نجم لخدمات التأمين عن بيانات المطالبات التأمينية للمركبات التي كنت طرفاً فيها، وكذلك أوافق على منح شركة نجم لخدمات التأمين الحق بجمع وتبادل بيانات المطالبات التأمينية للمركبات التي كنت طرفاً فيها، سابقة أو مستقبلية، مع شركات التأمين أو إعادة التأمين أو أصحاب المهن الحرة.	According to the rules of the collection and exchange of Motor Insurance Information issued by the Saudi Arabian Monetary Authority and all other related regulations and instructions, I hereby agree to grant MEDGULF the right to inquire from Najm Insurance Services on the claims records where I was an involved party. I also hereby officially agree to grant Najm Insurance Services the right to collect and exchange the claims records where I was an involved party, whether the claim occurred in the past or future, with an Insurance Company, a Reinsurance Companies or Insurance Service Providers.
من خلال التوقيع أعلاه، أؤكد ما سبق والسماح لميدغلف نيابة عني وعن جميع السائقين المدرجين في هذا النموذج بالتحقق من بياناتنا من شركة نجم و علم.	By signing below, I confirm the above and grant MEDGULF the permission on behalf of me and all drivers listed in this form to inquire our information from Najm and ELM.
أوافق / نوافق كمشاركين/ ين على انه بالالتزام بهذا المنتج التأميني، سيكون لي / لنا الحق بالاستفادة من حساب التأمين والذي أنشأ لصالح جميع المشتركين، وأنني / أننا نشارك مع جميع المشتركين بالحقوق والواجبات المتعلقة بحساب التأمين المذكور في هذه الوثيقة على أساس التعاون.	أوافق/ نوافق على ان الشركة بصفتها مديراً " المدير " سوف تقوم بإدارة جميع أعمال التأمين لصالح جميع المشتركين.

We/ I the participant(s) agree and understand that we/I, by adhering to this Insurance plan, shall be entitled to benefit from the designated Insurance Account that has been created for the benefit of all participants and that we/I share the same rights and obligations like all other participants with respect to this account to which this Plan relates on the basis of Ta'awun.
 We/ I agree that the Company in its capacity as Operator (The "Operator") will manage all Insurance activities for the benefit of the Participants

Applicant		مقدم الطلب
Date:		التاريخ:
Name of Applicant:		اسم مقدم الطلب:
Signature:		التوقيع:
For Official Use only		للإستخدام الرسمي فقط
Has the vehicle been inspected and photographed?	No <input type="checkbox"/> لا	هل تم تصوير ومعاينة المركبة؟
	Yes <input type="checkbox"/> نعم	
Is the vehicle in good insurable condition?	No <input type="checkbox"/> لا	هل كانت ملائمة للتأمين؟
	Yes <input type="checkbox"/> نعم	
Official Name:	اسم الموظف:	ملاحظات:
Date:	التاريخ:	Comments:
Signature:	التوقيع:	