

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 البلايني	
Type of Application:	<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:		هاتف العمل:	
Fax No.:		رقم الجوال:	
Office Phone:		رقم الجوال:	
Cell Phone:		العنوان:	
Address:		ص.ب.:	
Postal Code:		P.O. Box:	
City:		المدينة:	
City:		المدينة:	
Job Title		المسمى الوظيفي	
Are you a political personality rendering prominent public function(s) or high ranking Military Officer (General or above) ?		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"/> Yes <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Yes, direct family member or close associate.		<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم ، أحد أفراد العائلة من الدرجة الأولى أو المقربين.	
If yes, please indicate Official Position or Rank:		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		هل لك صلة قرابة أو علاقة بأحد المدراء التنفيذيين / أعضاء مجلس الإدارة لدى ميدغولف ؟	
If yes, please indicate the name and type of relation:.....		<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:		نوع الإصلاح	
<input type="checkbox"/> Agency <input type="checkbox"/> Workshop Excess Amount :		<input type="checkbox"/> وكالة <input type="checkbox"/> ورش مبلغ الاقتطاع (التحمل):	
The agency choice allows only for vehicles up to 6 years of age only.		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 كإجهزة تكبير الصوت والجناب 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.	
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
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"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
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"/>		هل سبق أن تعرضت المركبة أو تسبب السائق بخسارة أو ضرر خلال السنة الأخيرة؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
If Yes, please state the amount(s) of damage sustained together with the number of accidents:		في حال الإجابة بنعم ، الرجاء التصريح بقيمة الأضرار وعدد الحوادث:	
No. of Accidents: .....		عدد الحوادث: .....	
Estimated Damages Amount: .....		القيمة التقديرية للأضرار: .....	
Further details may be requested to assess the risk.		من الممكن طلب تفاصيل إضافية لتقييم الخطر	
Is the vehicle leased under a contract that leads ownership? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		هل المركبة مستأجرة بموجب عقد ينتهي بالتملك؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	

Additional Benefits		التغطيات الإضافية	
Please select the additional benefits to be included		الرجاء اختيار التغطية الإضافية المطلوبة	
Extend the Territorial Limits		توسعة التغطية الجغرافية لتشمل	
<input type="checkbox"/> Bahrain	<input type="checkbox"/> GCC	<input type="checkbox"/> Egypt ,Lebanon, Jordan, Syria	<input type="checkbox"/> البحرين
<input type="checkbox"/> Bahrain	<input type="checkbox"/> GCC	<input type="checkbox"/> Egypt ,Lebanon, Jordan, Syria	<input type="checkbox"/> مصر, لبنان, الأردن, سوريا
<b>Period:</b>	<input type="checkbox"/> Year	<input type="checkbox"/> Period ..... month from inception date	<b>الفترة:</b>
Natural Hazard	<input type="checkbox"/> ( Up to max. limit SAR 15,000 )	<input type="checkbox"/> الفتره ..... شهر من بداية الوثيقة	<input type="checkbox"/> سنة كاملة
Emergency Road Service			<input type="checkbox"/> ( بحد أقصى 15,000 ر.س. )
Extend the coverage to include:		تمديد التغطية لتشمل:	
<input type="checkbox"/> Drivers between 17 and 18 years old		<input type="checkbox"/> السائقين ما بين 17 سنة و 18 سنة	
<input type="checkbox"/> Drivers between 18 and 21 years old		<input type="checkbox"/> السائقين ما بين 18 سنة و 21 سنة	
<b>*Driver's Name:</b>		<b>* اسم السائق:</b>	
* 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	
Disclaimer and Signature		الإقرار و التوقيع	
I hereby confirm my acceptance to issue AMAN Motor Comprehensive insurance policy for the vehicle mentioned above, I confirm that I have read, understood and accepted the terms and conditions of the agreement.		أنا الموقع أدناه أقر بموافقتي على إصدار وثيقة تأمين مركبات شامل حسب شروط ومناخ برنامج ميدغلف (أمان) للمركبة الموضحة بياناتها أعلاه ، أقر بأنني قرأت وفهمت وأوافق على بنود وشروط الاتفاقية.	
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 policy apply, and I shall notify MedGulf immediately in writing of any changes		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 تغيرات.	
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.		وبالتالي فإنني أوافق على أن أعوض ميدغلف عن كل وأية خسائر عن تحريفي أو عدم تصريحتي لهذه المعلومات، وفي هذه الحالة فإنه سوف يحق لميدغلف بإعادة تقييم الغطاء التأميني و/ أو التحقيق في المطالبات بدون أي مسؤولية قانونية اتجاهها.	
I hereby declare that I am not involved in any criminal or money laundering activity and that the premiums 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 policy in case the identification particulars that were provided were incorrect. I also certify that I am fully aware of the policy terms and conditions that have been explained to me by MedGulf representative.		أقر بأنه لا علاقة لي بأي نشاط إجرامي أو غسل 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.	
I also certify that I am fully aware of the policy terms and conditions that have been explained to me by MedGulf representative.		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	
Has the vehicle been inspected and photographed?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	هل تم تصوير ومعاينة المركبة؟
Is the vehicle in good insurable conditions?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	هل كانت ملائمة للتأمين؟
Comments:			ملاحظات:
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 <b>MedGulf</b> 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 <b>ميدغولف</b> 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>