

Motor Third Party Insurance Application - Individuals

طلب تأمين ضد الغير للمركبات - أفراد

Please fill up the form below :

الرجاء تعبئة النموذج أدناه:

Type of application: New Renewal

نوع الطلب: إصدار تجديد

Policy No. in case of renewal: ...

رقم الوثيقة في حال التجديد: ...

Applicant Information

البيانات الشخصية

Name of Owner: اسم مالك المركبة:

ID Number: رقم الهوية

Nationality: الجنسية: Date of Birth: تاريخ الميلاد:

Fax Number: رقم الفاكس: Office Phone: هاتف العمل:

Email: البريد الإلكتروني: Cell Phone: رقم الجوال:

Address: العنوان: Postal Code: ص.ب: City: المدينة: P.O. Box:

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)؟
 نعم لا نعم، أحد أفراد العائلة من الدرجة الأولى أو المقربين
في حال الإجابة بنعم الرجاء تحديد المنصب الرسمي أو الرتبة:

Yes No Yes, Direct family member or close associate
If yes, please indicate Official Position or Rank:

Are you related or a relative to any of Medgulf's board members or executive Management? Yes 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؟
 نعم لا في حال الإجابة بنعم الرجاء تحديد الاسم وطبيعة العلاقة:.....

Motor Vehicle Information

بيانات المركبة

License Serial No.: رقم الرخصة التسلسلي: Registration Type: نوع التسجيل:

Vehicle Model: طراز المركبة: Vehicle Brand: ماركة المركبة:

Vehicle Color: لون المركبة: Body Type: نوع الهيكل:

Vehicle Load: حمولة المركبة: Number of Seats: عدد مقاعد المركبة:

Year of make: سنة الصنع: Plate Number رقم اللوحة:

Chassis Number: رقم الهيكل: Customs Card No.: رقم البطاقة الجمركية:

Trailer Description : Fuel or Chemicals or Gasses Other

وصف المقطورات: وقود أو مواد كيميائية أو غازات أخرى

Previously Insured with MedGulf? Yes No

هل سبق أن أمنت لدى ميدغولف؟ نعم لا

If No, please state the previous Insurance 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 No

هل سبق أن تعرضت المركبة أو تسبب السائق بخسارة أو ضرر خلال السنة الأخيرة؟ نعم 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.

Driver's Age Band \ Personal accident for driver & passengers

الفئة العمرية للسائق / الحوادث الشخصية للسائق والركاب

Please select the driver's age band to be included

الرجاء تحديد الفئة العمرية للسائق

- Drivers between 17 and 18 years old
 Drivers between 18 and 21 years old
 Drivers between 21 and 25 years old (for Busses and Turks)
 Drivers aged 21 years and above

- السائق ما بين 17 سنة و 18 سنة
 السائق ما بين 18 سنة و 21 سنة
 السائق ما بين 21 سنة و 25 سنة (للحافلات والشاحنات)
 السائق 21 سنة فما فوق

Driver's Name: اسم السائق
* The coverage will only include any insured below 21 years old for Sedan, Jeep, Pickup, Van and Motorcycle and below 25 years for Busses and Trucks subject to additional premium.
 Personal accident cover for driver up to Max.100, 000 SR.
 For driver
 No.of passengers

* التغطية تشمل المؤمن لهم تحت سن 21 سنة لسيارات السيدان والجيب والبيك اب والفان والدرجات النارية ومن هم دون 25 سنة للحافلات والشاحنات مقابل قسطاً إضافياً.
 تغطية الحوادث الشخصية بحد أقصى 100,000 ريال
 للسائق
 عدد الركاب

Disclaimer and Signature

الإقرار و التوقيع

I hereby confirm my acceptance to issue a Motor Third Party insurance policy 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.

أنا الموقع أدناه أقر بموافقتي على إصدار وثيقة تأمين المركبات ذات المسؤولية تجاه الطرف الثالث للمركبة الموضحة بياناتها أعلاه. بتوقيع هذا الطلب، 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. أتقدم أيضاً بأن التفاصيل المقدمة من قبلي سيؤخذ بها طوال فترة الوثيقة، كما سأقوم بإخطاركم فوراً وخطياً عن أية تغييرات.

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 ميدغولف عن كل أية خسائر تنتج عن تحريفي أو عدم تصريحى لهذه المعلومات، وفي هذه الحالة فإنه سوف يحق لميدغولف بإعادة تقييم الغطاء التأميني و/ أو التحقق 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.

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 ميدغولف 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 terms and conditions of this policy that were explained to me by MedGulf's representative.

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

التاريخ: التوقيع: اسم مقدم الطلب:

Date: Signature: Applicant Name

Official Use Only

للاستخدام الرسمي فقط

التاريخ: التوقيع: اسم الموظف:

Date: Signature: Officer Name