

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: <input type="checkbox"/> New <input type="checkbox"/> Renewal		نوع الطلب: <input type="checkbox"/> إصدار <input type="checkbox"/> 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:
Postal Code:	الرمز البريدي:	City:	المدينة:
Street:	الشارع:	Area:	الحي:
Additional zip code:	الرمز الإضافي:	Building number	رقم المبنى:
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 ميدغلف ؟ <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.:	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 : <input type="checkbox"/> Fuel or Chemicals or Gasses <input type="checkbox"/> Other		وصف المقطورات : <input type="checkbox"/> وقود أو مواد كيميائية أو غازات <input type="checkbox"/> أخرى	
Previously Insured with MedGulf? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If No, please state the previous Insurance Company:		هل سبق أن أمنت لدى ميدغلف؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا 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? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No 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؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا في حال الإجابة بنعم ، الرجاء التصريح بقيمة الأضرار وعدد الحوادث: عدد الحوادث: القيمة التقديرية للأضرار: 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	
<input type="checkbox"/> Drivers between 17 and 18 years old		<input type="checkbox"/> السائق ما بين 17 سنة و 18 سنة	
<input type="checkbox"/> Drivers between 18 and 21 years old		<input type="checkbox"/> السائق ما بين 18 سنة و 21 سنة	
<input type="checkbox"/> Drivers between 21 and 25 years old (for Busses and Trucks)		<input type="checkbox"/> السائق ما بين 21 سنة و 25 سنة (للحافلات والشاحنات)	
<input type="checkbox"/> Drivers aged 21 years and above		<input type="checkbox"/> 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.		*التغطية ستشمل المؤمن لهم تحت سن 21 سنة لسيارات السيدان والجيپ والبيك اب والڤان والدرجات النارية ومن هم دون 25 سنة للحافلات والشاحنات مقابل قسطاً إضافياً.	
<input type="checkbox"/> Personal accident cover for driver up to Max.100, 000 SR.		<input type="checkbox"/> تغطية الحوادث الشخصية بحد أقصى 100,000 ريال	
<input type="checkbox"/> For driver		<input type="checkbox"/> للسائق	
<input type="checkbox"/> No.of passengers		<input type="checkbox"/> 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. 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. 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. 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 terms and conditions of this policy that were explained to me by MedGulf's representative.		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. 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 أعوض 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. أقر بأنه لا علاقة لي بأي نشاط إجرامي أو غسيل أموال وأن أفساط 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.	
Date	التوقيع	Signature	اسم مقدم الطلب
Official Use Only		للاستخدام الرسمي فقط	
Date	التوقيع	Signature	اسم الموظف
Date	التوقيع	Signature	Officer Name