

Motor Third Party Insurance Application Form (Individuals)

نموذج طلب تأمين ضد الغير للمركبات (أفراد)

Please fill up the form below		الرجاء تعبئة النموذج أدناه	
Type of Application:	Renewal <input type="checkbox"/> تجديد	New <input type="checkbox"/> جديد	نوع الطلب:
Policy No. in case of renewal:	رقم الوثيقة في حال التجديد:		
Policy Inception Date:	تاريخ بداية الوثيقة:		
Insured Information		بيانات المؤمن له	
Insured Name :	اسم المؤمن له :		
ID/CR Number :	رقم الهوية/السجل التجاري:		
Nationality:	الجنسية :	Date of Birth :	تاريخ الميلاد:
Marital Status :	الحالة الاجتماعية :	Gender :	الجنس:
Relationship to the Owner :	العلاقة بالمالك:	Occupation :	الوظيفة :
Fax No. :	رقم الفاكس:	Office Phone :	هاتف العمل:
Email :	البريد الإلكتروني:	Cell Phone :	رقم الجوال:
Postal Code :	الرمز البريدي:	P.O. Box :	ص.ب :
Region :	المنطقة :	City :	المدينة :
Street :	الشارع:	Area :	الحي :
Additional Zip Code :	الرمز الإضافي:	Building No. :	رقم المبنى:
Driving License Expiry Date :	تاريخ انتهاء الرخصة :	Driving License Issuance Date :	تاريخ إصدار الرخصة :
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		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	
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 ميدغلف ؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
If yes, please indicate the name and type of relation : _____		في حال الإجابة بنعم، الرجاء تحديد الاسم وطبيعة العلاقة :	
Insured Bank Account Information		بيانات الحساب البنكي للمؤمن له	
Bank Name :	اسم البنك:		
IBAN No. :	رقم الحساب البنكي (IBAN) :		
(The client must confirm the IBAN upon receiving this form)		(على العميل التأكد من صحة رقم الايبان عند استلام هذا النموذج)	
Vehicle Owner Information		بيانات مالك المركبة	
Is the vehicle owned by the insured? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	هل المركبة مملوكة للمؤمن له؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		
If No, please fill the following information :	إذا كانت الإجابة لا، الرجاء تعبئة البيانات التالية:		
Owner Name :	اسم مالك المركبة :		
ID/CR Number :	رقم الهوية/السجل التجاري :		
Drivers Information		بيانات السائقين	
Additional Driver	السائق الإضافي	Main Driver	السائق الرئيسي
Driver Name :	اسم السائق :	Driver Name :	اسم السائق :
ID No. :	رقم الهوية :	ID No. :	رقم الهوية :
Gender :	الجنس :	Gender :	الجنس :
Date of Birth :	تاريخ الميلاد :	Date of Birth :	تاريخ الميلاد :
Nationality :	الجنسية :	Nationality :	الجنسية :
Occupation :	الوظيفة :	Occupation :	الوظيفة :
Relationship to the Owner :	العلاقة بالمالك :	Relationship to the Owner :	العلاقة بالمالك :
Driving License Issuance Date :	تاريخ إصدار الرخصة :	Driving License Issuance Date :	تاريخ إصدار الرخصة :
Driving License Expiry Date :	تاريخ انتهاء الرخصة :	Driving License Expiry Date :	تاريخ انتهاء الرخصة :
* The premium will be determined based on the age of the youngest driver. The coverage will only include any drivers below 25 years subject to additional premium.		* سيتم تحديد قسط التأمين بناءً على عمر أصغر سائق. التغطية ستشمل السائقين تحت سن ٢٥ سنة مقابل قسط إضافي.	



Vehicle Information		بيانات المركبة	
Purpose of Use:	الغرض من الاستخدام:	Registration Type:	نوع التسجيل:
Custom Card No.:	رقم البطاقة الجمركية:	Serial No.:	الرقم التسلسلي:
Plate No.:	رقم اللوحة:	Chassis No.:	رقم الهيكل:
Odometer Reading (km):	قراءة العداد (كم):	Registration Expiry Date:	تاريخ انتهاء الإستمارة:
Model:	الطراز:	Brand:	الماركة:
Color:	اللون:	Body Type:	نوع الهيكل:
Load:	الحمولة:	Number of Seats (with driver):	عدد المقاعد (بما فيها السائق):
Year of Manufacture:	سنة الصنع:	Weight:	الوزن:
Trailer Description:		وصف المقطورات:	

Material Facts		حقائق جوهرية	
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	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.	
Do you have traffic violations in last 3 years? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If Yes, please mention the number of violations:	هل لديك مخالفات مرورية في آخر 3 سنوات؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا في حال الإجابة بنعم، الرجاء ذكر عدد المخالفات:		
Allow MEDGULF to verify my claims record using NAJM services to make sure of my eligibility to get NCD. <input type="checkbox"/> Agree <input type="checkbox"/> Disagree	السماح لشركة ميدغلف بالتحقق من سجل المطالبات الخاص بي باستخدام خدمات نجم للتأكد من أهليتي بالحصول على خصم عدم وجود مطالبات. <input type="checkbox"/> موافق <input type="checkbox"/> غير موافق		
How many vehicles do you have registered under your name?	كم عدد المركبات التي تملكها (مسجلة باسمك)؟		
Do you own any uninsured vehicle for more than 3 months? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	هل تملك مركبة غير مؤمنة لمدة تزيد عن 3 أشهر؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		

Additional Benefits		التغطيات الإضافية	
Personal accident cover for driver up to Max. SAR 100,000 <input type="checkbox"/> For Driver <input type="checkbox"/> For Passengers	تغطية الحوادث الشخصية بحد أقصى ١٠٠,٠٠٠ ريال <input type="checkbox"/> للسائق <input type="checkbox"/> للركاب		
In case of select the cover for passengers, PA will be covered for all passengers based on the vehicle seating capacity.	في حال اختيار التغطية للركاب، سيتم تغطية الحوادث الشخصية لجميع الركاب حسب السعة القصوى للمركبة.		

Disclaimer and Signature		الإقرار والتوقيع	
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 أيضا بأنه ليس لدي أي أسماء أو تفاصيل هوية أخرى غير تلك المقدمة أعلاه. أتفهم أيضا بأن التفاصيل المقدمة من قبلي سيؤخذ بها طوال فترة الوثيقة، كما سأقوم بإخطاركم فور وخطيا 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 ميدغلف عن كل أية خسائر تنتج عن تحريضي 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.		
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 أيضا أن ميدغلف تحتفظ بحق إلغاء هذه الوثيقة في حال تبين أنه قد تم تزويدها بتفاصيل هوية غير صحيحة.		
I certify that I am fully aware of the terms and conditions of this policy that were explained to me by MedGulf's representative.	أقر أنني مدرك تمام لجميع شروط وأحكام وثيقة التأمين التي تم شرحها لي من قبل ممثل ميدغلف.		
I also hereby officially consent that Medgulf shares and discloses the claims record of the vehicle to be insured, incorporated within this proposal form, with Najm Insurance Services.	كما وأقر بموافقتي على مشاركة سجل المطالبات الخاص بالمركبة المراد التأمين عليها والمذكورة بياناتها أعلاه مع شركة نجم لخدمات التأمين.		

التاريخ -----/-----/-----	التوقيع	اسم مقدم الطلب
Date	Signature	Applicant Name
Official Use Only		
التاريخ -----/-----/-----	التوقيع	اسم الموظف
Date	Signature	Officer Name