

Travel Insurance Proposal Form		نموذج طلب تأمين السفر	
Application Information		البيانات الشخصية	
Applicant Name		الاسم	
Date of Birth	تاريخ الميلاد	Gender	الجنس
Nationality	الجنسية	ID/ Iqama No	رقم الإقامة أو الهوية
Occupation	المهنة	Passport No	رقم الجواز
Mobile Number	رقم الجوال	Phone Number	رقم الهاتف
Email	البريد الإلكتروني	Country of Residence	بلد الإقامة
Post Code	الرمز البريدي	P.O. Box	صندوق البريد
Additional zip code	الرمز الإضافي	Region	المنطقة
Street	الشارع	Area	الحي
Building number			رقم المبنى
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:.....	
Geographical Area		التغطية الجغرافية	
Inception Date	تاريخ بداية الوثيقة	Expiry Date	تاريخ انتهاء الوثيقة
Number of Days	عدد الأيام	Winter Sports	تغطية الألعاب الشتوية
Package Plan		خطة السفر	
*Type of Package	نوع البرنامج	Number of Members	عدد الأفراد
Name	الاسم	Name	الاسم
Disclaimer and Signature		الإقرار و التوقيع	
I hereby confirm my acceptance to issue MedGulf's Travel insurance policy. 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 مسافر حسب شروط ومنافع برنامج ميدغلف لتأمين السفر. 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 أعرض ميدغلف عن كل وأية خسائر تنتج عن تحريفي أو عدم تصريحتي لهذه المعلومات، وفي هذه الحالة فإنه سوف يحق لميدغلف بإعادة تقييم الغطاء التأميني و/ أو التحقق في المطالبات بدون أي مسؤولية قانونية اتجاهها. 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. 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		
التاريخ	التوقيع	اسم الموظف
Date	Signature	Officer Name