

**Motor Third Party Application Form (Individuals)**

**نموذج طلب تأمين ضد الغير للمركبات (أفراد)**

Application Type:	Renewal <input type="checkbox"/>	تجديد <input type="checkbox"/>	New <input type="checkbox"/>	جديد <input type="checkbox"/>	نوع الطلب:
Policy Inception Date:	تاريخ بداية الوثيقة:		Proposal/ Policy Number:	رقم العرض/ رقم الوثيقة:	
<b>Insured Information</b>				<b>بيانات المؤمن له</b>	
ID/ CR Number:	رقم الهوية/ السجل التجاري:		Name:	الاسم:	
Nationality:	الجنسية:		Date of Birth:	تاريخ الميلاد:	
Marital status:	الحالة الاجتماعية:		Gender:	Female <input type="checkbox"/>	ذكر <input type="checkbox"/>
Number of children under 16 years:	عدد الأطفال دون عمر ١٦ سنة:		Education level:	مستوى التعليم:	
Phone Number (Home/ Office):	رقم الهاتف (المنزل أو العمل):		Occupation:	المهنة:	
Mobile Number:	رقم الجوال:		Email Address:	عنوان البريد الإلكتروني:	
Address	City:	المدينة:	Region:	المنطقة:	
	Street Name:	اسم الشارع:	District:	الحي:	
	Postal Code:	الرمز البريدي:	Building Number:	رقم المبنى:	
	P.O. Box	صندوق البريد:	Additional Number:	الرقم الإضافي:	
Bank information of the Insured	Bank Name:	اسم البنك:		بيانات الحساب البنكي للمؤمن له	
	IBAN Number:	رقم الحساب البنكي (IBAN):			
(Client must confirm the IBAN upon receiving this form)				(على العميل التأكد من صحة رقم الإيبان عند استلام هذا النموذج)	
Are you a political personality rendering prominent public function(s) or high-ranking military officer (General or above)?	Yes <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	هل أنت مسؤول سياسي مكلف بالقيام بوظيفة بارزة في القطاع العام الحكومي أو ضابط عسكري ذو رتبة عالية (رتبة لواء أو أعلى)؟		
	No <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>			
Yes, direct family member or close associate	<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 a relative or any way related to a MEDGULF Board or Executive Management member?	Yes <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	هل لك صلة قرابة أو علاقة بأحد المدراء التنفيذيين / أعضاء مجلس الإدارة لدى ميدغلف؟		
	No <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>			
If yes, please indicate the member name and type of relationship:	في حال الإجابة بنعم، الرجاء تحديد الاسم وطبيعة العلاقة:				
<b>Drivers Information</b>				<b>بيانات السائقين</b>	
Driver	الرابع Fourth	الثالث Third	الثاني Second	السائق الرئيسي Main Driver	السائق
Frequency of driving the insured vehicle					تردد قيادة المركبة المؤمنة
Name					الاسم
ID Number					رقم الهوية
Driving License Issuance Date					تاريخ إصدار رخصة القيادة
Driving License Expiry Date					تاريخ انتهاء رخصة القيادة
Type of driving license					نوع رخصة القيادة
Gender					الجنس
Date of Birth					تاريخ الميلاد
Marital Status					الحالة الاجتماعية
Occupation					المهنة
Education					مستوى التعليم
No. of children under 16					عدد الأطفال دون عمر ١٦ سنة
Residential address					عنوان السكن
Office/Business address					عنوان المكتب/ الشركة
No. of years with Saudi license					عدد سنوات حمل الرخصة السعودية
Valid license from other countries					رخص قيادة سارية من دول أخرى
No. of years with other licenses (country/ years)					عدد سنوات حمل رخصة قيادة من دول أخرى (الدولة/ السنوات)
No. of years eligible for No Claims Discount					عدد السنوات المؤهلة للحصول على خصم عدم وجود مطالبات
No. of at-fault accidents last 5 years					عدد الحوادث المسؤولة عنها في الخمس سنوات الماضية
No. of at-fault claims in last 5 years					عدد المطالبات المسؤولة عنها في الخمس سنوات الماضية
Road convictions					المخالفات المرورية
Medical conditions as stated in license					الشروط الطبية كما هو مذكور في رخصة القيادة

The insured is responsible for ensuring that only the aforementioned drivers are eligible to drive the insured vehicle. In the case where an unnamed driver is held responsible for an accident, the claim will be counted towards the NCD eligibility record of the insured (not the unnamed driver). Moreover, if the unnamed driver is found to be either below the age of 21, or legally ineligible to drive, MEDGULF will have full right to recover the third party damage expenses from the insured.

يتحمل المؤمن له مسؤولية التأكد من أن جميع السائقين المذكورين أعلاه مؤهلين لقيادة المركبة المؤمن عليها. وفي حال وقوع حادث تسبب به سائق لم يتم تعريفه وإدراجه بالوثيقة؛ يتم تسجيل المطالبة في سجل المؤمن له (وليس السائق غير المعرف) مما يؤثر على استحقاق المؤمن له لخصم عدم وجود مطالبات. بالإضافة إلى ذلك، إذا تبين أن السائق الذي لم يتم تعريفه دون سن 21 عامًا، أو غير مؤهل قانونيًا للقيادة، فسيكون لدى ميدغلف الحق الكامل في استرداد نفقات تعويض الضرر الذي لحق بالطرف الثالث من المؤمن له.

**بيانات التأمين الحالي**

No. of owned and uninsured vehicles: عدد المركبات المملوكة وغير المؤمنة: Do you currently have Insurance? \* Yes نعم No لا

\* If yes, name of current insurance company: \* إذا كانت الإجابة نعم، اسم شركة التأمين الحالية:

Expiry Date: تاريخ الانتهاء: Policy Number: رقم الوثيقة:

**بيانات المركبة**

Registration Expiry Date: تاريخ إنتهاء الإستمارة: Registration Type: نوع التسجيل:

Plate Number: رقم اللوحة: Purpose of Use: الغرض من الاستخدام:

Customs Card Number: رقم البطاقة الجمركية: Serial Number: الرقم التسلسلي:

Brand/ Model: الماركة/ الطراز: Chassis Number: رقم الهيكل:

Color: اللون: Year of Manufacture: سنة الصنع:

Trailer Description: وصف المقطورات: Body Type: نوع الهيكل:

Weight: الوزن: Number of Seats: عدد المقاعد:

Odometer Reading (km): قراءة العداد (كم): Engine Size (cc): حجم المحرك (سم مكعب):

**تفاصيل إضافية للمركبة**

Anti-lock braking system  نظام المكابح المانعة للانغلاق Automatic braking system  نظام مكابح أوتوماتيكي Anti-theft alarm  جهاز إنذار ضد السرقة

Cruise control  مثبت السرعة Adaptive cruise control  مثبت السرعة التكيفي Rear Sensors  حساسات خلفية Front Sensors  حساسات أمامية

Camera options Rear  خلفية 360 degree  360 درجة أمامية  ميزات الكاميرا

Location where vehicle is kept overnight Road-side  جانب الشارع Drive-way  ممر المنزل Garage  كراج مكان إيقاف المركبة أثناء الليل

Modifications on the vehicle. Please mention the details: التعديلات على المركبة. يرجى ذكر التفاصيل:

For commercial vehicles only Fire extinguisher  طفاية حريق Vehicle axle weight (kg): وزن محاور العجلات:

**التغطيات الإضافية**

Coverage of personal accidents up to max SAR 100,000 تغطية الحوادث الشخصية بحد أقصى 100,000 ريال

For driver  For passengers In case of selecting the cover for passengers, personal accidents will be covered for all passengers based on vehicle seating capacity.  للسائق  للركاب في حال اختيار التغطية للركاب، سيتم تغطية الحوادث الشخصية لجميع الركاب حسب السعة القصوى للمركبة (عدد المقاعد).

**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, and as explained to me by the MEDGULF 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 التي تم شرحها لي من قبل ممثل ميدغلف.

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 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 أعرض 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.

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 غسيل 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.

وفقاً لقواعد جمع وتبادل المعلومات التأمينية للمركبات الصادرة عن مؤسسة النقد العربي السعودي والوائح والتعليمات الأخرى ذات العلاقة؛ أوافق على منح ميدغلف الحق في الاستعلام من شركة نجم لخدمات التأمين عن بيانات المطالبات التأمينية للمركبات التي كنت طرفاً فيها، وكذلك أوافق على منح شركة نجم لخدمات التأمين الحق بجمع وتبادل بيانات المطالبات التأمينية للمركبات التي كنت طرفاً فيها، سابقة أو مستقبلية، مع شركات التأمين أو إعادة التأمين أو أصحاب المهين الحرة.

According to the rules of the collection and exchange of Motor Insurance Information issued by the Saudi Arabian Monetary Authority and all other related regulations and instructions, I hereby agree to grant MEDGULF the right to inquire from Najm Insurance Services on the claims records where I was an involved party. I also hereby officially agree to grant Najm Insurance Services the right to collect and exchange the claims records where I was an involved party, whether the claim occurred in the past or future, with an Insurance Company, a Reinsurance Companies or Insurance Service Providers.

By signing below, I confirm the above and grant MEDGULF the permission on behalf of me and all drivers listed in this form to inquire our information from Najm and ELM.

من خلال التوقيع أدناه، أؤكد ما سبق والسماح لميدغلف نيابة عني وعن جميع السائقين المدرجين في هذا النموذج بالتحقق من بياناتنا من شركة نجم وعلم.

**For Official Use only** **Applicant** **مقدم الطلب**

Date: التاريخ: Date: التاريخ:

Official Name: اسم الموظف: Name of Applicant: اسم مقدم الطلب:

Signature: التوقيع: Signature: التوقيع: