

Personal Accident Insurance Application Form

إستمارة طلب التأمين الحوادث الشخصية

Name of insured		إسم طلب التأمين
Insurance Period	From من To الى	مدة التأمين
Telephone no		رقم الهاتف
Address		العنوان
Profession		المهنة
Age		العمر
Weight		الوزن
Haight		الطول
General information		معلومات عامة
1. Have you ever suffered from a hernia?		1. هل سبق وأن أصبت بفتق؟
2. Do you have high or low blood pressure or diabetes?		2. هل تعاني إرتفاع أو أنخفاض ضغط الدم أو داء السكري؟
3. Is that your hearing or your sight in good condition?		3. هل أن سمعك أو بصرك في حالة جيدة؟
4. Have you ever had any disease in your eyes or ears?		4. هل سبق وأن عانيت من أي مرض في عينيك أو أذنيك؟
5. Did you have a paralysis, a seizure, a heart disease or an ailment?		5. هل أصبت بشلل أو نوبة عصبية أو مرض قلب أو الوماتزم؟
6. Do you suffer from any physical illness other than those mentioned above?		6. هل تعاني من أي مرض جسماني غير الذي ذكر أعلاه؟
7. Has an insurance company rejected you for life or personal accident insurance or refused to renew your insurance or special terms for renewal?		7. هل ان احدى شركات التأمين رفضت لك طلباً للتأمين على الحياة أو الحوادث الشخصية أو رفضت تجديد تأمينك أو شروطاً خاصة لتجديدها؟
8. Are you currently insured against personal accidents? If yes, please indicate the name of the company and the amount of insurance.		8. هل انت مؤمن في الوقت الحاضر ضد الحوادث الشخصية؟ إذا كان الجواب بالإيجاب , يرجى ذكر أسم الشركة ومبلغ التأمين.
9. Have you had an accident and required medical treatment and have you fully recovered?		9. هل أصبت بحادث ما واقتضى معالجتك طبياً وهل شفيت شفاءً تاماً؟

Personal Accident Insurance Application Form

إستمارة طلب التأمين الحوادث الشخصية

<p>10. Have you applied for compensation to an insurance company under a personal accident insurance policy? Please indicate the nature of the incident and indicate the date and amount of compensation.</p>		<p>10. هل قدمت طلباً للتعويض الى شركة تأمين بموجب وثيقة تأمين الحوادث الشخصية؟ يرجى بيان طبيعة الحادث مع ذكر التاريخ ومبلغ التعويض؟</p>
<p>11. Do you practice any of the following sports or similar activities? a. football? B. Races (any kind)? C. Hunting? D. Riding motorcycles? E. Long horse races? F. Shooting? Note: It is possible to secure these sports for an additional premium.</p>		<p>11. هل تزاوّل أياً من الرياضات التالية أو ما يماثلها : أ. كرة قدم ؟ ب. السباقات مهما كان نوعها ؟ ج . الصيد ؟ د . ركوب الدراجات النارية ؟ هـ . سباقات الخيل الطويلة ؟ و. الرماية ؟ ملاحظة : بالإمكان تأمين هذه الالعاب الرياضية لقاء قسط إضافي .</p>
<p>12. Do you drink alcohol?</p>		<p>12. هل تتعاطى المشروبات الكحولية ؟</p>
<p>13. Would you like to extend the insurance cover to cover acts of terrorism?</p>		<p>13. هل ترغب بتوسيع غطاء التأمين بحيث يشمل اعمال الارهاب؟</p>
<p>14. The amount of insurance required: Beneficiary name</p>		<p>14. مبلغ التأمين المطلوب واسم المستفيد</p>

Confirmation

تأييد

<p>I confirm / that the above details are and true and agree / that request shall be the contract with Al Badia Insurance Company in accordance with the terms of the policy approved by the company and I Pledge to pay the premium if the company accepts this request and the policy issued</p>	<p>انا الموقع ادناه اصرح /انصرح بأن التفاصيل المذكورة أعلاه صحيحة وحقيقية ووافق / نوافق على أن يكون هذا الطلب أساساً للتعاقد بيني /بيننا وبين شركة البادية للتأمين وفق شروط الوثيقة المعتمدة المعمول بها في الشركة وأتعهد بتسديد قسط التأمين إذا قبلت الشركة بهذا الطلب وأصدرت الوثيقة .</p>
<p>المنتج / Broker التوقيع / Signature التاريخ / Date</p>	<p>الاسم / Name التوقيع / Signature التاريخ / Date</p>