



Travel and Medical Assistance Proposal Form

إستمارة طلب تأمين مخاطر السفر و المساعدة الطبية

PERSONAL DETAILS

البيانات الشخصية

First Name:	الاسم الأول:
Last Name:	اسم العائلة:
Gender: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	الجنس: <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى
National ID/Iqama No.:	رقم بطاقة الأحوال المدنية / الإقامة:
Date of Birth:	تاريخ الميلاد:
Nationality:	الجنسية:
Phone:	رقم الهاتف الثابت:
Mobile No.:	رقم الهاتف الجوال:
Country of Residence: Saudi Arabia	بلد الإقامة: المملكة العربية السعودية

WASEL ADDRESS

عنوان بريد واصل

HOME ADDRESS / OFFICE ADDRESS

عنوان السكن / عنوان مقر العمل

Building Number	رقم المبنى	*Building No	*رقم المبنى
Additional Code	الرمز الإضافي	*Region	*إسم المنطقة
Region	إسم المنطقة	*City	*إسم المدينة
City	إسم المدينة	*Postal Code	*الرمز البريدي
Postal Code	الرمز البريدي	*Additional Code	الرقم الإضافي
P.O. BOX ADDRESS	عنوان صندوق البريد	Unit No.	رقم الوحدة
P.O. Box	ص.ب	Street	إسم الشارع
Postal Code	الرمز البريدي	District	إسم الحي
City	المدينة	*Required fields.	*حقول إلزامية

TRAVEL DETAILS

بيانات السفر

Product: <input type="checkbox"/> Standard <input type="checkbox"/> Silver <input type="checkbox"/> Gold <input type="checkbox"/> Platinum <input type="checkbox"/> Schengen	نوع المنتج: <input type="checkbox"/> عادي <input type="checkbox"/> فضي <input type="checkbox"/> ذهبي <input type="checkbox"/> بلاتيني <input type="checkbox"/> شينجن
Date of departure:	تاريخ المغادرة:
Period of travel:	فترة السفر:
<input type="checkbox"/> 7 days <input type="checkbox"/> 10 days <input type="checkbox"/> 15 days <input type="checkbox"/> 21 days <input type="checkbox"/> 31 days <input type="checkbox"/> 62 days <input type="checkbox"/> 92 days <input type="checkbox"/> 6 Months <input type="checkbox"/> Annual	<input type="checkbox"/> 7 أيام <input type="checkbox"/> 10 أيام <input type="checkbox"/> 15 يوماً <input type="checkbox"/> 21 يوماً <input type="checkbox"/> 31 يوماً <input type="checkbox"/> 62 يوماً <input type="checkbox"/> 92 يوماً <input type="checkbox"/> 6 أشهر <input type="checkbox"/> سنوية
Area (A) Worldwide excluding Country of Residence, USA, Canada, Japan, Australia. Area (B) Worldwide excluding Country of Residence.	المنطقة (أ) جميع دول العالم باستثناء بلد الإقامة والولايات المتحدة الأمريكية، وكندا، واليابان، وأستراليا. المنطقة (ب) جميع دول العالم باستثناء بلد الإقامة.
Cover not needed: <input type="checkbox"/> Medical. <input type="checkbox"/> Travel Inconvenience.	يرجى التأشير على نوعية التغطية التأمينية التي لا ترغبها: <input type="checkbox"/> طبية. <input type="checkbox"/> متاعب السفر.

FAMILY MEMBERS DETAILS

أشخاص إضافيين

Date of Birth	تاريخ الميلاد	Gender	الجنس	Nationality	الجنسية	First Name, Last Name	الاسم الأول، اسم العائلة
/ /	/ /	Male Female	ذكر أنثى				
/ /	/ /						
/ /	/ /						



## Travel and Medical Assistance Proposal Form

## إستمارة طلب تأمين مخاطر السفر و المساعدة الطبية

### CLAIM DETAILS

### تفاصيل المطالبات

هل لجأت للمشورة الطبية أو تلقي العلاج الطبي خلال الإثني عشر شهرا الماضية؟  
No  لا Yes  نعم

If yes, please give details:

إذا كانت الإجابة "نعم" يرجى ذكر التفاصيل

هل سبق أن تم رفض طلبك لتأمين السفر أو وضعت شروط معيّنة؟  
No  لا Yes  نعم

### DECLARATION

### إقرار

I hereby declare that to the best of my knowledge: بهذا أقر بما يلي على حسب علمي:

1. There are no circumstances connected with the holiday which render it abnormal. لا توجد أي ظروف أو أوضاع غير طبيعية تتعلق بالعطلة.
2. All persons to be insured are in good health. جميع الأشخاص المطلوب التأمين لهم يتمتعون بصحة جيدة.
3. There are no reasons of which I am aware why the planned holiday would be cancelled. ليس لدي معرفة بأي أسباب عن احتمالية إلغاء العطلة المقررة.

I/We agree that the statements and declaration contained in this proposal form shall be the basis of the contract of insurance with Solidarity Saudi Takaful Company and are deemed to be incorporated in the contract.

أوافق/نوافق على أن البيانات والمعلومات الواردة في هذا الطلب ستكون أساس عقد التأمين مع شركة سوليدرتي السعودية للتكافل وتعتبر مدرجة في العقد.

I/We agree to the terms, conditions including all exclusions of Solidarity Saudi Takaful Company's Travel & Medical Assistance insurance policy which I/We have read carefully

أوافق/نوافق على الشروط والاستثناءات والأحكام الواردة في وثيقة تأمين السفر والمساعدة الطبية والتي قمت بقراءتها بعناية.

Signature: توقيع طالب التأمين:

Date: التاريخ:

### SCOPE OF COVER

### التغطية التأمينية

When travelling, it is normal to experience disruptions and other unexpected occurrences. Our Travel policy includes a comprehensive coverage for every aspect of your trip and protects you against loss or damages arising from uncertainties. Travel insurance covers the cost of medical emergencies, trip cancellation, lost baggage and provides many other benefits which leave you free to relax and enjoy your vacation.

من الطبيعي عند السفر أن يتعرّض الشخص للعديد من المتاعب والحوادث الغير متوقعة. تقدّم وثيقة السفر الخاصة بنا تغطية شاملة لكل جوانب رحلتك وتحملك ضد الخسارة أو الأضرار الناجمة عن كل ماهو غير متوقع. يغطي تأمين السفر المصروفات الطبية الطارئة، إلغاء الرحلة، فقدان الأمتعة ويوفر لك العديد من المزايا الأخرى التي تمنحك راحة البال والإستمتاع بالعطلة.

Scope of Cover:

نطاق التغطية:

- Emergency medical expenses
- Repatriation of mortal remains
- Premature return due to death of close relative
- Delayed departure
- Delayed baggage
- Loss of passport
- Personal Accident
- المصروفات الطبية الطارئة
- إعادة الجثمان في حالة الوفاة الى بلد الإقامة المعتاد
- العودة الاضطرارية إلى بلد الإقامة إثر وفاة قريب مباشر
- تأخر المغادرة
- تأخر وصول الأمتعة
- فقدان جواز السفر
- الحوادث الشخصية