

Applicant : طالب تأمين : _____

Through : بواسطة : _____

طلب تأمين Application Form

- The Declarations hereinafter shall form the basis of the insurance contract and a complementary part thereof.
I declare that I will personally answer all the questions and that the answers are true and complete even if they are not in my handwriting, with the notification that any incorrect or incomplete answer by me may lead to the cancellation of the Insurance.

And that I authorized The Mediterranean & Gulf Insurance & Reinsurance Co. S.A.L. (MEDGULF) or who represents it from physicians, nurses and administrative delegates to investigate my health state.

And I request any physician, or hospital or health institution to provide the Company or any of its delegates by all the health information that they know or that are filed in their records and I agree by my name and on behalf of my dependents to relinquish our right of medical confidentiality for the Company and its delegates.

- إن التصريحات الواردة أدناه ستكون أساس عقد التأمين وجزء متمما له.
أصرح بأنني سوف أجيب على جميع الأسئلة بنفسني وبأن الأجوبة هي كاملة وصحيحة وإن كانت بغير خط يدي مع العلم بأن أية إجابة مني غير كاملة أو مغلوبة يمكن أن تؤدي إلى إلغاء التأمين.
وإني أفوض شركة المتوسط والخليج للتأمين وإعادة التأمين ش.م.ل. (ميدغلف) أو من يمثلها من أطباء ومرضات ومندوبين إداريين بالتحقق عن وضعي الصحي.
وأطلب من أي طبيب أو مستشفى أو مؤسسة صحية بتزويد الشركة أو أي من مندوبيها بجميع المعلومات الصحية التي قد يكونوا على علم بها أو محفوظة في سجلاتهم وأوافق باسمي وباسم الأشخاص الذين هم على عاتقي بالتنازل عن حقنا بالسرية الطبية لصالح الشركة ومندوبيها.

1- Please fill in your name in capital letters (in Latin)

١- يرجى كتابة الاسم بالأحرف اللاتينية

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2- Place & date of birth (Day / Month / Year)

٢- تاريخ ومحل الولادة (اليوم / الشهر / السنة)

3- Sex : الجنس : _____

4- Marital Status :

٤- الوضع الاجتماعي :

Single Married Separated Divorced Widowed

أعزب متزوج هجر مطلق أرمل

5- Full Address :

٥- العنوان الكامل :

a- Residence : أ- الإقامة : _____

Tel : هاتف : _____

b- Business : ب- العمل : _____

Tel : هاتف : _____

6- Profession or type of work : ٦- المهنة أو طبيعة العمل : _____

a- Is your work administrative : أ- هل عملك إداري : _____

b- Is your work manual and does not involve machinery : ب- هل عملك يدوي ولكن من غير آلات : _____

c- Do you use machines in your work : ج- هل تستعمل آلات خلال عملك : _____

7- Height (cm) _____ Weight (kg) _____ ٧- الطول (سنتم) _____ الوزن (كغ) _____

8- Are you member of :

٨- هل انت :

National Social Security Fund : منتسب للضمان الاجتماعي : _____

or benefit from any other medical services? أو تستفيد من أي تقديمات طبية أخرى؟ : _____

9- Do you practice any sports activities : ٩- هل تمارس أية نشاطات رياضية : _____

What are they? ما هي؟ _____

Date : تاريخ : _____

Signature of the Applicant : توقيع طالب التأمين : _____

In-Hospital Class : Third ثالثة Second ثانية First أولى الدرجة المطلوبة :

Out-hospitals benefits : (No) كلا (Yes) نعم العلاجات الخارجية :

- Laboratory and X-Ray مختبر وأشعة
- Medication and drugs أدوية وعقاقير

10- Legal dependents that are to benefit from the medical policy ١٠- الأشخاص الذين هم على عاتقك والمطلوب تأمينهم ضمن بوليصة الاستشفاء

الاسم	الجنس	الصلة	تاريخ الولادة يوم / شهر / سنة	ضمان اجتماعي نعم / كلا	الطول	الوزن	كلفة الاستشفاء	كلفة العلاج الخارجي
NAME	Sex	Relation	Birth date Day/Month/Year	NSSF Yes / No	Height	Weight	Hospitalization cost	Out-hospital treatment cost

10- Additional Insurances for the sponsor/policy holder ١١- التأمينات الإضافية لرب العائلة / أو حامل العقد

	الكلفة Premium	مبلغ التأمين Sum Insured	الحياة المدة بالسنوات
- Life Term by years _____	_____	_____	- الحوادث الشخصية
- Personal Accidents _____	_____	_____	- التعطيل الأسبوعي
- Weekly Indemnity _____	_____	_____	- _____
- _____	_____	_____	- _____
- _____	_____	_____	- _____
- Total _____	_____	_____	- إجمالي العقد

Did you exclude any of your family members from this insurance policy? (No) كلا (Yes) نعم هل يوجد أي فرد من أفراد العائلة لم تطلب التأمين له؟
If the answer is yes, explain : في حال الإجابة بنعم إشرح :

12- Applicable to life and personal accident insurance ١٢- خاص للتأمين على الحياة والحوادث الشخصية

Nominated beneficiary (In case of death):

المستفيد المعين (في حال الوفاة):

الحصة The Share	الصلة Relation	الاسم Name
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

التوقيع
Signature

الاسم
Name

Are you currently insured or were you previously insured? (No) كلا (Yes) نعم هل لديك تأمين حاليًا أو كان لديك في السابق؟
Have you or any of your family members been declined an insurance application? (No) كلا (Yes) نعم هل سبق ورفض لك أو لأفراد عائلتك أي طلب تأمين؟
If the answer is yes, please explain : في حال الإجابة بنعم يرجى التوضيح :

02/05/2023

02/05/2023

توقيع المضمون

توقيع الوسيط أو الوكيل

التاريخ

اسم المضمون

/ /