



Private Car Comprehensive Insurance

طلب تأمين شامل للمركبات الخاصة

Insured Name:	اسم المؤمن له:
User Name:	اسم المستخدم للمركبة:
Insured ID /Iqama/CR.No.:	رقم هوية المؤمن له:
User ID /Iqama/CR.No.:	رقم هوية المستخدم للمركبة:
Occupation:	المهنة:
Insured date of birth:	تاريخ ميلاد المؤمن له:
Driver age/ date of birth:	سن قائد المركبة/ تاريخ الميلاد:
Tel(Direct):	هاتف (مباشر):
Mobile:	جوال:
Tel(Office):	هاتف (مكتب):
Ext:	تحويلة:
Fax:	فاكس:
Email:	البريد الإلكتروني:
Period of insurance: (Gregorian Year Required)	مدة التأمين: (بالسنة الميلادية)
To	من
From	إلى

ADDRESS	العنوان
* Building No	* رقم المبنى
* Region	* اسم المنطقة
* City	* اسم المدينة
* Postal Code	* الرمز البريدي
* Additional Code	* الرمز الإضافي
P.O.Box address	رقم الوحدة
P.O Box	اسم الشارع
Postal Code	اسم الحي
City	* حقول إلزامية
عنوان صندوق البريد	Unit No.
ص.ب	Street
الرمز البريدي	District
المدينة	* Mandatory Fields

VEHICLE(S) TO BE INSURED (PLEASE ATTACH A COPY OF THE VEHICLE REGISTRATION) بيان المركبة/ المركبات المطلوب التأمين عليها (الرجاء إرفاق نسخة من الاستمارة)

رقم الهيكل Chassis No.	سنة الصنع Manufacturing Year	بلد الشركة المصنعة للمركبة Nationality of Vehicle Manufacturer	رقم اللوحة Plate No.
رقم البطاقة الجمركية / الرقم التسلسلي Custom Card No. / Sequence No.	تاريخ إنتهاء رخصة السير Vehicle Registration Expiry Date	لون المركبة Vehicle Color	القيمة المقدرة للمركبة Estimated Vehicle Value
قيمة الملحقات Additional Accessories	السعة الإركابية Seating Capacity	الموديل Model	نوع المركبة Make
			جسم المركبة Body Type



Private Car Comprehensive Insurance

طلب تأمين شامل للمركبات الخاصة

OPTIONAL BENEFITS & EXTENSIONS OF COVER

المنافع والتغطيات الإضافية الاختيارية

Personal Accident to driver only:	No <input type="checkbox"/> لا Yes <input type="checkbox"/> نعم	الحوادث الشخصية للسائق:
Personal Accident to drivers & Passengers:	No <input type="checkbox"/> لا Yes <input type="checkbox"/> نعم	الحوادث الشخصية للسائق والركاب:
Agency/Dealer Repair:	No <input type="checkbox"/> لا Yes <input type="checkbox"/> نعم	الإصلاح لدى الوكالة:
Geographical Extensions		توسعة الحدود الجغرافية
Kingdom of Bahrain:	No <input type="checkbox"/> لا Yes <input type="checkbox"/> نعم	مملكة البحرين:
GCC Countries:	No <input type="checkbox"/> لا Yes <input type="checkbox"/> نعم	دول مجلس التعاون الخليجي:
Deductible Required:	التحمل المطلوب:

GENERAL INFORMATION

معلومات عامة

Usage		الاستعمال
Social / Domestic / entertainment/ driving from to work	No <input type="checkbox"/> لا Yes <input type="checkbox"/> نعم	اجتماعي/ خاص/ ترفيهه/ القيادة من وإلى العمل
Domestic driver	No <input type="checkbox"/> لا Yes <input type="checkbox"/> نعم	سائق خاص
Public Hire (Taxi, Rental, Long term Lease) Uber or similar use	No <input type="checkbox"/> لا Yes <input type="checkbox"/> نعم	تأجير عام (سيارات أجرة، تأجير خاص، تأجير يومي، تأجير مدة طويلة) أو شركة أوبر أو استخدام مماثل
Commercial Use	No <input type="checkbox"/> لا Yes <input type="checkbox"/> نعم	إستخدام تجاري
Hypothecation (Financial Ownership interest, if any)	No <input type="checkbox"/> لا Yes <input type="checkbox"/> نعم	مستفيد آخر أو أي شخص له مصلحة مالية إن وجد
Will any one below age 25 years drive the vehicle? If yes , please give names & Date of birth & License No.	No <input type="checkbox"/> لا Yes <input type="checkbox"/> نعم	هل سيقود المركبة أي سائق عمره دون 25 سنة؟ إذا كانت الإجابة بنعم يرجى إعطاء الأسماء وتاريخ الميلاد وأرقام رخص القيادة.
Were you qualified for the discount of not having any claim in previous insurance companies?	No <input type="checkbox"/> لا Yes <input type="checkbox"/> نعم	هل كنت تستحق خصم عدم وجود مطالبات في شركات التأمين السابقة؟
Number of years that has not occurred any claim (Attach Evidence In Original)	عدد السنوات التي لم يحدث فيها أي مطالبة (إرفاق أصل الأثبات)
Do you have other cars insured with the company? If The Answer is yes, please Provide details of the vehicle?	No <input type="checkbox"/> لا Yes <input type="checkbox"/> نعم	هل لديك سيارات أخرى مؤمنة لدى الشركة؟ (في حال الإجابة بنعم يرجى تقديم تفاصيل عن المركبة)
Are any Those who drive the car suffers From Physical disability?	No <input type="checkbox"/> لا Yes <input type="checkbox"/> نعم	هل أي ممن يقودون السيارة يعاني من إعاقة جسدية؟
Are you involved in any Traffic offence ?	No <input type="checkbox"/> لا Yes <input type="checkbox"/> نعم	هل سبق وأن تعرضتم لأي مخالفات مرورية؟
Are you are involved in any traffic accident during the past three years?	No <input type="checkbox"/> لا Yes <input type="checkbox"/> نعم	هل كنت طرفاً في أي حادث مروري خلال الأعوام الثلاث الماضية؟

PAST YEARS LOSSES/CLAIMS

تفاصيل الخسائر/المطالبات خلال السنوات الماضية

ملاحظات Notes	إجمالي المبلغ المدفوع Grand Total	الإصابات للطرف الثالث Injury to third Party	أضرار الطرف الثالث Damages to TP	الأضرار Damages	تاريخ الحادث Date of accident



Private Car Comprehensive Insurance

طلب تأمين شامل للمركبات الخاصة

NUMBER OF BANK ACCOUNT

رقم الحساب البنكي

The Bank that you are dealing with

إسم البنك الذي تتعامل معه

IBAN No.

SA

رقم الحساب (أي بان)

DECLARATION

إقرار

I hereby, the undersigned agree to authorize Solidarity Saudi Takaful Co. to inquire with Najm for Insurance Services Company and Government entities and companies licensed & approved by Saudi Arabian Monetary Authority (SAMA) about all information and data related to any insurance claims that I was involve in, whether in respect of the vehicle or driver, and I agree as well to grant Najm for Insurance Services Company the right to disclose and share any information with insurance or reinsurance companies or Insurance Profession owners licensed and approved by Saudi Arabian Monetary Authority (SAMA) of all information and data of my vehicles, insurance claims and insurance policies issued in the past or forthcoming.

أوافق أنا الموقع أدناه على منح شركة سوليدرتي السعودية للتكافل الحق في الإستفسار من شركة نجم لخدمات التأمين والجهات الحكومية والشركات المرخصة المعتمدة من مؤسسة النقد العربي السعودي. عن جميع المعلومات والبيانات المتعلقة بالمطالبات التأمينية التي كنت طرفا فيها سواء أ تعلقت بالمركبة أو السائق . وكذلك أوافق على منح شركة نجم لخدمات التأمين الحق بالإفصاح وتبادل المعلومات مع شركات التأمين أو إعادة التأمين أو مزاولي المهن الحرة المعتمدة من مؤسسة النقد العربي السعودي عن كافة البيانات والمعلومات للمركبات والمطالبات التأمينية الخاصة بي. والوثائق التأمينية سابقة أو مستقبلية.

I the Hereby, undersigned (Agent/Authorized person (on behalf of the establishment/Company) agree to provide Solidarity Saudi Takful company with any information that it requires for issuing an insurance policy and/or auditing and/or administering my accounts and facilities therewith.

بهذا أنا الموقع أدناه (وكيل/أو شخص مفوض بالنيابة عن الشركة/المؤسسة) أوافق على تزويد شركة سوليدرتي السعودية للتكافل بأي معلومات أو بيانات تطليها مني لإصدار بوليصة التأمين لدى الشركة و/أو للمراجعة و لإدارة حساباتي لدى الشركة.

I authorize it to obtain, collect, disclose and share any information as it deems necessary or in need for issuing an insurance policy of all types (active and expired) and/or any other financial obligation from/to the Saudi Credit Bureau (SIMAH) through the membership agreement signed with the company.

كما أؤوض الشركة بالحصول على. جمع. الإفصاح عن و مشاركة أي معلومات تراها ضرورية أو تحتاجها لإصدار وثيقة التأمين بجميع أنواعها (سواء كانت فعالة أو منتهية) و/أو أي التزام مالي آخر من/إلى الشركة السعودية للمعلومات الائتمانية (سمة) وذلك من خلال إتفاقية العضوية الموقعة مع الشركة.

I /we , hereby declare/agree

أنا/ نحن الموقعين أدناه أقر/ أوافق

A) That the information and the details disclosed in the proposal Are:

أ) بأن البيانات والمعلومات والتفاصيل الواردة في طلب التأمين:

1. Correct to the best of my/our knowledge.

1. كاملة وصحيحة حسب علمي واعتقادي.

2. Will form the basis of the contract with the company.

2. تمثل أساس العقد المبرم مع الشركة.

B) To the terms, exclusions and conditions of the policy which I/we have read.

ب) على شروط وأحكام واستثناءات وثيقة التأمين والتي قرأتها/ قرأناها بعناية كاملة.

Date

التاريخ

Signature

التوقيع

Name of the applicant

اسم مقدم الطلب