

طلب تأمين السفر Travel Insurance Proposal Form



سوليدرتي
SOLIDARITY
نؤمن تفاصيل عالمك

I. Personal Details		١. البيانات الشخصية	
First Name:		الاسم الأول:	
Last Name:		الاسم الأخير:	
Gender – Male <input type="checkbox"/>	Female <input type="checkbox"/>	الجنس – ذكر <input type="checkbox"/>	أنثى <input type="checkbox"/>
Date of Birth: dd /mm /yy		تاريخ الميلاد: يوم / شهر / سنة	
Nationality:		الجنسية:	
ID / Iqama No.:		رقم بطاقة الاحوال المدنية / الإقامة:	
Phone:	Mobile No.:	رقم الهاتف الثابت:	رقم الهاتف الجوال:
Address:		العنوان:	
Country of Residence: Saudi Arabia		بلد الإقامة: المملكة العربية السعودية	

عنوان بريد واصل Wasel Address		عنوان السكن / عنوان مقر المنشأة الرئيسي Home Address/ Head Office Address	
Building No.	رقم المبنى	* Building No.	* رقم المبنى
Additional Code	الرمز الإضافي	* Region	* اسم المنطقة
Region	اسم المنطقة	* City	* اسم المدينة
City	اسم المدينة	* Postal Code	* الرمز البريدي
Postal Code	الرمز البريدي	* Additional Code	* الرمز الإضافي
P. O. Box Address عنوان صندوق البريد		Unit No.	رقم الوحدة
Postal Code	الرمز البريدي P.O.Box	ص.ب	اسم الشارع
City	المدينة	District	اسم الحي
		* Mandatory Fields	* حقول إلزامية

2. Travel Details		٢. بيانات السفر	
Product: Standard <input type="checkbox"/>	Silver <input type="checkbox"/>	Gold <input type="checkbox"/>	نوع المنتج: عادي <input type="checkbox"/>
Platinum <input type="checkbox"/>	Schengen <input type="checkbox"/>		فضي <input type="checkbox"/>
			ذهبي <input type="checkbox"/>
			بلاتيني <input type="checkbox"/>
			شينجن <input type="checkbox"/>
Period of travel:			فترة السفر:
Date of departure:			تاريخ المغادرة:
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"/>			
Area (A) Worldwide excluding Country of Residence, USA, Canada, Japan, Australia.			المنطقة (أ) جميع دول العالم باستثناء بلد الإقامة والولايات المتحدة الأمريكية، وكندا، واليابان، وأستراليا.
Area (B) Worldwide excluding Country of Residence.			المنطقة (ب) جميع دول العالم باستثناء بلد الإقامة.
Cover not needed:			يرجى التأشير على نوعية التغطية التأمينية التي لا ترغبها:
<input type="checkbox"/> Medical			طبية <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Travel Inconvenience.			متاعب السفر. <input type="checkbox"/>

طلب تأمين السفر Travel Insurance Proposal Form



سوليدرتي
SOLIDARITY
نؤمن تفاصيل عالمك

3. Family Member Details

٣. أفراد إضافيين

First Name , Last Name الاسم الأول , الاسم الأخير	Nationality الجنسية	Gender الجنس ذكر/أنثى		Date of Birth تاريخ الميلاد		
		M	F	dd	mm	yy

4. Declaration

٤. إقرار

I hereby subscribe with/to Solidarity Saudi Takaful Company's travel that to the best of my knowledge:

أقر بموجب هذا الإقرار بما يلي على حسب علمي:

- There are no circumstances connected with the holiday which render it abnormal
- All persons to be insured are in good health
- There are no reasons of which I am aware why the planned holiday would be cancelled.

- لا توجد أي ظروف أو أوضاع غير طبيعية تتعلق بالإجازة
- جميع الأشخاص المطلوب التأمين لهم يتمتعون بصحة جيدة
- ليس لدي معرفة بأي أسباب عن احتمالية إلغاء الإجازة المقررة.

Will be notify the Saudi Credit Bureau (SIMAH) in the event of non-compliance with financial obligations.

سوف يتم إشعار الشركة السعودية للمعلومات الائتمانية (سمة) في حال عدم التقيد بالالتزامات المالية.

I hereby subscribe Solidarity Saudi Takaful Company's Travel and Medical Assistance Policy of which the Terms and Conditions I have read understood and agreed.

وبناء على ما سلف، أوقع وأوافق على هذه الوثيقة (تأمين ضد مخاطر السفر والمساعدة الطبية) الخاصة بشركة سوليدرتي السعودية للتكافل والتي قمت بالاطلاع على شروطها وأحكامها وأوافق عليها.

Signature: -----

توقيع طالب التأمين: -----

Date: -----

التاريخ: -----

www.sstc.com.sa
Unified Number: 920003533