

4 - What are the medical expenses required by insurance?

4- ما هي المصاريف الطبية المطلوب التأمين عليها؟

5 - Are there any accounting books and auditing system?

5- هل توجد دفاتر وسجلات محاسبية منتظمة؟

6 - Are there earlier losses (deaths or total disability)? If yes, give details.

6- هل توجد خسائر سابقة (حالات وفاة أو عجز كلي) ؟ إذا كان الجواب "نعم" الرجاء ذكر التفاصيل .

7 - Any existing cover or insurer? If yes, give details.

7- هل عقد صاحب الطلب تأميناً آخر على نفس الملك في شركات تأمين الرجاء أذكر "إذا كان الجواب "نعم أخرى؟

8 - Has any company in respect of this cover Declined your proposal? If yes, give details.

8- هل رفضت شركة التأمين طلب التأمين المقدم من قبلكم ؟ إذا كان الجواب "نعم" الرجاء ذكر التفاصيل ؟

9 - Cancelled or refused to renew policy? If yes, give details.

9- هل ألغيت أو رفضت شركة التأمين تجديد التأمين؟

I/we declare that the above answers are true to the best of my/our knowledge and belief and that I/we have disclosed all particulars affecting the assessment of the risk. I/we agree that this proposal and declaration shall be the basis of the contract between me/us and the Insurers.

أنا / نحن أصرح / نصرح بأن التفاصيل / المعلومات المذكورة أعلاه صحيحة وكاملة، وأوافق على أن يكون هذا الطلب أساساً للتعاقد إذا قبلت الشركة هذا الطلب وأصدرت وثيقة التأمين.

Authorized Signature of Applicant.....

الختم و التوقيع طالب التأمين المفوض بالتوقيع.....

Name of Authorized Officer.....

أسم المفوض بالتوقيع.....

Date.....

التاريخ.....

الأوراق المرفقة :-

✓ صورة عن السجل التجاري .

✓ صورته عن رخصة المهن .