

MOTOR INSURANCE – Proposal form

إستمارة طلب تأمين المركبات

| 1. Applicant's Details | | | 1. معلومات مقدم الطلب | | |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------------|--------------------------|--------|
| Name الاسم | | | CPR No. الرقم الشخصي | | |
| Gender: ذكر | Male ذكر | <input type="checkbox"/> | Female أنثى | <input type="checkbox"/> | الجنس: |
| Date of Birth تاريخ الميلاد | | | Driving Experience خبرة السيادة | | |
| Flat/House منزل/شقة | Bldg مبنى | Road طريق | Block مجمع | PO Box ص.ب | |
| Work Tel. هاتف العمل | Res. Tel. هاتف المنزل | Mobile تقال | Email البريد الإلكتروني | | |

| 2. Vehicle Details | | | 2. تفاصيل المركبة | | | |
|-------------------------------|----------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|----------------------|----------------------------------|---|
| Insured Value قيمة المركبة | Cubic Capacity السعة التكميية | No. of Seats عدد المقاعد | Make of Vehicle نوع المركبة | Model إسم المركبة | Year of Manufacture سنة الصنع | Reg. No./Chassis رقم التسجيل/القاعدة |
| | | | | | | |

| 3. Cover Details | | | 3. تفاصيل التغطية | | | | |
|--|--------------------------|---|---|--|--------------------------|--|--------------------------|
| SNIC 1 8 days car replacement سيارة بديلة 8 أيام | <input type="checkbox"/> | SNIC 2 14 days car replacement سيارة بديلة 14 يوم | <input type="checkbox"/> | SNIC 3 5 days car reimbursement تعويض مادي بديل 5 أيام | <input type="checkbox"/> | SNIC 4 10 days car reimbursement تعويض مادي بديل 10 أيام | <input type="checkbox"/> |
| a. If additional accessories have been fitted into the car, please list them below, otherwise, it will not be considered at the time of claim. | | | أ. الرجاء ذكر إي ملحقات إضافية والتي لا تكون مثبتة أساساً أو بشكل دائم في المركبة، وإلا فإنه لن ينظر في ذلك وقت المطالبة. | | | | |
| b. If you have other vehicle insured with SNIC, please mention the policy number | | | ب. إذا كانت لديك مركبات أخرى مؤمنة لدى الشركة، الرجاء ذكر أرقام الوثائق. | | | | |
| c. If you have No Claims Certificate issued by the previous insurance company, please attach it with the application form. | | | ج. إذا كانت لديك شهادة عدم حوادث من شركة التأمين السابقة، الرجاء إرفاقها مع طلب التأمين. | | | | |

| 4. Important Notice | | | 4. معلومات هامة | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|
| In addition to the compulsory excess applicable under this policy, the insured will bear extra compulsory excess as stated in the policy for each & every claim if: | | | بالإضافة إلى مبلغ التحمل الإلزامي المفروض تحت الوثيقة، فإن المؤمن له سوف يتحمل مبلغ إجباري إضافي عن كل حادث في حالة: | | | |
| 1. The driver is below or equal to 24 years of age | | | 1. أن يكون السائق لم يتجاوز 24 عاماً. | | | |
| 2. The driver's license is less than or equal to 12 months | | | 2. أن تكون مدة خبرة السائق أقل من 12 شهراً. | | | |
| 3. Damage caused by unknown party | | | 3. الضرر بسبب مجهول. | | | |

| 5. Declaration | | | 5. إقرار | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|
| We hereby declare that the statements made by us in this questionnaire and proposal are complete and true to the best of our knowledge and belief, and we hereby agree that this questionnaire and proposal shall form the basis and be part of any policy issued in connection with the terms of the above risks. It is agreed that the insurer shall be liable in accordance with the terms of the policy only that the insured will not lodge any other claims of whatever nature. It is agreed that in the event of any misrepresentation or misdeclaration and discovered either at the point of claim or during period of cover by the company, the company will have the right to terminate the policy and / or decline the claim and/or charge additional premium. | | | أقر أنا الموقع أدناه – بموجب هذا الإقرار، أن البيانات الواردة في هذا الطلب صحيحة وكاملة وأوافق بأن تكون أساساً وجزءاً لا يتجزأ من وثيقة التأمين مقصورة على الأحكام والشروط الواردة في الوثيقة. | | | |
| We hereby declare that the statements made by us in this questionnaire and proposal are complete and true to the best of our knowledge and belief, and we hereby agree that this questionnaire and proposal shall form the basis and be part of any policy issued in connection with the terms of the above risks. It is agreed that the insurer shall be liable in accordance with the terms of the policy only that the insured will not lodge any other claims of whatever nature. It is agreed that in the event of any misrepresentation or misdeclaration and discovered either at the point of claim or during period of cover by the company, the company will have the right to terminate the policy and / or decline the claim and/or charge additional premium. | | | وأقر بأنه في حالة وجود أو ثبوت ما يتنافى مع صحة ما تم الإدلاء به أو الإمتناع عنه أو إخفاء أية بيانات يتعين منطقياً أن تعرفها بخصوص التأمين الماكور خلال فترة التأمين أو غي حالة حدوث مطالبة من قبل المؤمن له، فإنه يحق للشركة إلغاء وثيقة التأمين والإمتناع عد سداد المطالبة كما يحق لها القيام بإحتساب قسط تأمين إضافي. | | | |

Signature _____ التوقيع

Date _____ التاريخ