



P.O. Box 1522, Postal Code: 112 Ruwi, Sultanate of Oman, Tel.: 244 77425

Fax: 244 77 334 E-mail: enquiry@ouic.com.om Website: ouic-oman.com C.R. No.1/23725/0

طلب تأمين الحوادث الشخصية

| | |
|------------------|---------------------------|
| بيانات المؤمن له | الاسم بالكامل: |
| | تاريخ الميلاد: |
| | الوظيفة أو أي أعمال أخرى: |
| | مجموع الدخل الشهري: |
| | اسم الكفيل: |

| | | | |
|---------|--------------|---------------|--------------------|
| العنوان | صندوق البريد | الرمز البريدي | رقم الهاتف: |
| | رقم الفاكس | | البريد الإلكتروني: |

| | | |
|------------|---|-------------------------------|
| عماني ريال | - الدية بحد | مبلغ التأمين المطلوب والمنافع |
| | - التعويض الأسبوعي: (25% من مجموع الدخل الشهري) | |
| | - المصاريف الطبية (بحد أقصى ريال عماني لكل حادث) | |
| ريال عماني | - مصاريف نقل الجثمان إذا تطلب ذلك 100% من المصاريف بحد أقصى | |

يرجى وضع علامة (v)

| ملاحظات | لا | نعم | |
|---------|----|-----|--|
| | | | 1. هل تعاني من عيوب في السمع أو البصر؟ |
| | | | 2. هل تعاني من أية أمراض جسدية أو عجز أو اعتلال في الصحة؟ إذا كانت الإجابة "نعم" الرجاء إعطاء التفاصيل |
| | | | 3. هل أنت الآن وبالعادة تستمتع بصحة جيدة؟ |
| | | | 4. هل توجد لديك النية في ممارسة أي أعمال وظيفية أو هوايات رياضية تزيد من احتمالية وقوع الخطر؟ |
| | | | 5. هل تمارس كرة القدم أو الصيد أو السباقات أو الرياضات الشتوية؟ (هذه الأخطار ليست مغطاة) |
| | | | 6. هل تعرضت لأية حوادث سابقة مما قد تؤدي إلى التأثير في تقييم الخطر؟ أذكر التفاصيل |
| | | | 7. هل تقدمت بمطالبة لأي من شركات التأمين نتيجة الحادث؟ إذا كانت الإجابة "بنعم" الرجاء تحديد مبلغ المطالبة |
| | | | 8. هل أنت الآن مؤمن ضد الحوادث أو تأمين صحي؟ إذا كانت الإجابة نعم - ما اسم شركة التأمين؟ - ما هو مبلغ التأمين؟ |
| | | | 9. هل تم رفض تأمينك أو قبول تأمينك للحوادث الشخصية أو الصحة أو الحياة بشروط وأسعار خاصة؟ |
| | | | 10. هل قامت أي شركة تأمين بالغاء وثيقة التأمين الخاصة بك؟ |
| | | | 11. هل هناك أي معلومات أو حقائق قد تؤثر على طلب التأمين التي ينبغي الكشف عنها أو الإخطار بها؟ |

المستفيدون:

فترة التأمين:

عدد الأيام:

من:

إلى:

نقر نحن الموقعين أدناه بأن البيانات المقدمة في طلب التأمين صحيحة وكاملة كما نقر بموافقتنا بأن هذا الطلب وأية بيانات قدمناها ستشكل أساساً لعقد التأمين بين الشركة وبيننا وأنه في حالة وجود أي تعارض مع الحقيقة المذكورة بطلب التأمين هذا أو في حالة إخفاء أية معلومات جوهرية فإن أي وثيقة تأمين يتم ضمها بناءً على هذا الطلب ستعتبر باطلة ولاغية.

التوقيع:

التاريخ:

الاسم: