



تأمين السفر

إن تأمين السفر متوفر لرحلات الأعمال الإعتيادية و رحلات العطلات السياحية التي لا ترافقها إية مخاطر ذات طبيعة خاصة أو زيارة المناطق المضطربة أمنياً أو السفر براً أو البقاء خارج السلطنة لأكثر من 6 أشهر (إلا بموافقة مسبقة) يبدأ هذا التأمين فقط بعد قبول طلب التأمين المستوفية بياناته واستلام إشعار بدفع قسط التأمين الواجب. الرجاء تعبئة هذا الطلب بخط واضح مع إختيار البنود المناسبة. يحتفظ المؤمن (شركة التأمين) بحق طلب أي معلومات أو بيانات إضافية أو رفض طلب التأمين.

إسم طالب التأمين:

1. الأشخاص المراد التأمين عليهم:

رقم جواز السفر	تاريخ الميلاد	إسم المؤمن عليهم	التسلسل
			1
			2
			3
			4
			5
			6

2. العنوان البريدي:

ص.ب	الرمز البريدي	أرقام الإتصال	/
رقم الفاكس	البريد الإلكتروني		

3. مدة التأمين:

عدد الأيام	تاريخ بدء الرحلة

4. التغطية التأمينية المطلوبة (الرجاء إختيار المناسب)

الوجهة	التأمين الصحي فقط (كما موضح أدناه) **	التغطية الشاملة (كما موضح أدناه) *	الرياضة الشتوية (تغطية إضافية)
الشرق الأوسط (باستثناء سلطنة عمان)			
دول العالم متضمنة الولايات المتحدة الأمريكية و كندا			
دول العالم باستثناء الولايات المتحدة الأمريكية و كندا			
دول الإتحاد الأوروبي			

5. الرجاء ذكر إسم و عنوان المؤسسه أو الوحدة الصحية حيث يحتفظ بالسجلات الطبية الخاصة بالشخص أو الأشخاص المراد التأمين عليهم.

6. الرجاء تقديم أو الإيضاح عن أي حقائق التي من الممكن أن تؤثر في قرار قبول هذا الطلب على سبيل المثال وجود أية مرض أو إعاقات مزمنة أو تعرض حوادث سابقة.



*التغطية الشاملة:

تسري حدود التعويض التالية لكل شخص:

التسلسل	التغطيات التأمينية	العملة	الحد الأقصى للتعويض
1.	إلغاء أو قطع رحلة السفر	USD	6,250
2.	قطع الرحلة من سلطنة عمان	USD	1,500
3.	المصاريف الطبية ونقل الجثمان و المصاريف الأخرى	USD	1,000,000
4.	علاج الأسنان الطارئ	USD	1,000
5.	منافع التنويم اليومي في المستشفى (لكل 24 ساعة)	USD	35
6.	منافع التنويم اليومي في المستشفى (الإجمالي)	USD	2,100
7.	المسؤولية الشخصية	USD	1,000,000
8.	المصاريف القانونية	USD	12,500
9.	تأخير السفر (الإجمالي)	USD	300
10.	الأمثلة والأغراض الشخصية	USD	5,000
11.	تأخر الأمثلة	USD	750
12.	العوارية العمومية والمنقذات	USD	625
13.	المال ومستندات العمل	USD	1,750
	- حد تعويض فقدان النقد	USD	1,500
14.	الحوادث الشخصية (البالغين)	USD	27,000
15.	الحوادث الشخصية (الأطفال دون 18 سنة)	USD	3,000

نود أن نلفت عنايتكم أنه يمكن رفع سقف تعويضات الحوادث الشخصية فيما يخص البند رقم 15 أعلاه بحد أقصى إلى USD 100,000/- بقسط إضافي

** المصاريف الطبية و نقل الجثمان و المصاريف الأخرى:

500,000	USD	الحد الأقصى لكل شخص مؤمن عليه
---------	-----	-------------------------------

7. الرجاء قراءة الإقرار التالي بتمعن و التوقيع عليه:

أقرأنا الموقع أدناه إنه لأفضل ما لدي من معلومات وإعتقاد بأن جميع الأشخاص المراد التأمين عليهم خالين وسالمين من أية أمراض وإعاقات ولا يتلقون أي علاج التي من الممكن أن تؤدي إلى مصاريف طبية مؤمن عليها.

إنني أوافق على أن هذا الطلب هو للتأمين الإعتيادي بشروط و بنود وثيقة تأمين السفر ويعتبر جزءاً من عقد التأمين.

التاريخ:

الإسم:

التوقيع:

OMAN UNITED INSURANCE CO. S.A.O.G.



الشركة العامة للتأمين والتأمينات في عمان

SECURITY SERVICES

P.O. Box 1522, Postal Code: 112 Ruwi, Sultanate of Oman, Tel.: 244 77300

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

TRAVEL INSURANCE PROPOSAL FORM

This insurance is available for ordinary business or holiday travel which does not present any special hazard such as visits to politically disturbed area, hazardous or manual occupations, overland travel or a stay of longer than 6 months.

This insurance will commence only on acceptance of a duly completed proposal form and receipt of the appropriate premium.

Please complete all the columns in BLOCK LETTERS and tick the appropriate column.

The Insurers reserve the right to ask for additional information/ terms or decline this proposal.

1. Persons to be insured:

Sr. No.	Insured Person	Date of Birth	Passport No.
1			
2			
3			
4			
5			
6			

2. Address

P.O. Box		P.C.		Contact No.	
Fax No.				Email:	

3. Period of insurance

No. of Days:		Date of commencement	
--------------	--	----------------------	--

4. Cover required For (please tick)

Destination	Medical Only (as below)**	Full Benefit (as below)*	Winter Sport Extension
Middle-East (Excluding Oman)			
World-Wide Including U.S.A./Canada			
Worldwide Excluding U.S.A./Canada			
Schengen Countries			

5. Please mention the name, address of the usual Medical Practitioner OR Hospital where medical records of person (s) proposed for this insurance are maintained.

6. Please disclose any other facts which may influence the acceptance of this risk e.g. pre-existing Health Conditions :

OMAN UNITED INSURANCE CO. S.A.O.G.



الشركة العامة للتأمين والتأمينات في عمان

SECURITY SERVICES

P.O. Box 1522, Postal Code: 112 Ruwi, Sultanate of Oman, Tel.: 244 77300

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

*** Full Benefit Cover**

The following sub limits will apply per person:

▪ Cancellation and Curtailment	USD 6,250/-
▪ Journey Disruption Sub-Section	USD 1,250/-
▪ Medical Repatriation & Other Expenses	USD 1,000,000/-
▪ Emergency Dental Treatment	USD 750/-
▪ Hospital Daily Benefit (each 24 hrs)	USD 32/-
▪ Hospital Benefit in all	USD 1,875/-
▪ Personal Liability	USD 1,000,000/-
▪ Legal Expenses	USD 12,500/-
▪ Travel Delay (in all)	USD 250/-
▪ Baggage & Personal Effects	USD 3,750/-
▪ Delayed Baggage	USD 625/-
▪ General Average	USD 625/-
▪ Money & Business Documents	USD 1,250/-
▪ (Passport)	USD 1,565/-
▪ Personal Accident (Adults)	USD 25,000/-
▪ Personal Accident (Children)	USD 2,500/-

❖ **The personal accident limit may be increased up to a maximum limit of USD 100,000/- if required, subject to an additional premium**

**** Medical, Repatriation and other expenses:**

Limit	USD 500,000/- per person
-------	--------------------------

7. Please read the following the declaration and sign below:

I declare that to the best of my knowledge and belief all persons proposed for this insurance are free from any illness or infirmity and are not undergoing any treatment, which could result in medical expenses being incurred.

I agree that this proposal is for insurance in the normal terms and conditions of the Insurers Policy and shall form part of the insurance contract.

Dated:

Name:

Signature: _____