

## Group Personal Accident Proposal

## طلب تأمين حوادث شخصية جماعي

Proposal: ..... مقدم الطلب: .....

Person in charge: ..... الشخص المسؤول: .....

Type of activities: ..... نوعية العمل: .....

Address : ..... العنوان الكامل: .....

Tel: .....Fax: ..... الهاتف: ..... الفاكس: .....

E-Mail: ..... البريد الإلكتروني: .....

### Persons to Be Insured

### الأشخاص المراد تأمينهم

- |   |          |             |                               |                          |
|---|----------|-------------|-------------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Administratives              | N°:..... | العدد:..... | إداريين                       | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Engineers, Sales Men.....etc | N°:..... | العدد:..... | مندوبي مبيعات، مهندسين... الخ | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Workers                      | N°:..... | العدد:..... | عمال                          | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Other...                     | N°:..... | العدد:..... | غير ذلك ....                  | <input type="checkbox"/> |

### Risks Insured

### الأخطار المؤمنة

- |  |                |                          |
|--|----------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Death:                        | وفاة:          | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Total Permanent Disability:   | عجز دائم كلي:  | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Partial Permanent Disability: | عجز دائم جزئي: | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Medical Expenses:             | مصاريف طبية:   | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Weekly Indemnity:             | تعويض أسبوعي:  | <input type="checkbox"/> |

### Sum Insured

### مبالغ التأمين

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Proposal's Signature: ..... توقيع مقدم الطلب: .....

Date: ...../...../..... التاريخ: ...../...../.....

Agent's / Broker's Name:.....

Agent's / Broker's Signature:.....

