

# International Travel Insurance Proposal Form

## Applicant's Details

Full Name: \_\_\_\_\_ Nationality: \_\_\_\_\_ ID/Iqama No.: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Occupation: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_ Twitter: \_\_\_\_\_

Mobile: \_\_\_\_\_ Tel. (home): \_\_\_\_\_ Tel. (office): \_\_\_\_\_ Ext.: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Address (Wasel):  
 Zone: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ District: \_\_\_\_\_ Street: \_\_\_\_\_  
 Building No.: \_\_\_\_\_ Unit No.: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_ Additional No.: \_\_\_\_\_

Number of employees (full time): \_\_\_\_\_  
**Annual revenue.** (in case of selection) Please provide us with a copy of the audited financial statements for the last financial year.  
 Less or equal than SR 3 million  More than SR 3 million up to SR 40 million   
 More than SR 40 million up to SR 200 million  More than SR 200 million

### Type of Insurance :

 Short Term  Annual

#### For Short Term Insurance

### Type of Cover:

 Standard  Schengen

Please note, cover under Schengen scheme is limited only to personal accident and emergency medical expenses. The total amount of coverage under emergency medical expenses is limited to SR 200,000 only with SR 200 deductible per person per incident.

### Period of Trip:

From: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ To: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (Both Dates Inclusive)

Please tick the appropriate box for the type of insurance you require:

#### For Annual Insurance

**Destination:**  Worldwide  Worldwide excluding USA/Canada  Schengen Countries  GCC

Type of cover:

 Standard  Schengen  Worldwide  Worldwide excluding USA/Canada  Schengen Countries  GCC

#### Destination:

Please tick the appropriate box for the type of insurance you require:  Individual Cover  Family Cover

Family cover applies to you and your wife/wives, plus your children under the age of 15 years, all permanently residing with you and declared under this insurance.

Name of person to be Insured	Relation to Applicant	Date of Birth/Age at time of travel

Please note your policy will commence once the completed proposal form and payment have been received and approved by Tawuniya. Accordingly no return contribution will be allowed unless the insurance is cancelled within 10 days of issue date or before the scheduled travel commences (whichever is sooner).

1. Winter sports.  Yes  No

2. Has any Office or Insurer ever declined to insure you or your property, imposed special terms or cancelled or refused to renew any insurance for you?  Yes  No  
 If yes, please give details of special terms imposed or the additional premium charged, if any: \_\_\_\_\_

3. Claims experience for last 5 years \_\_\_\_\_

## Credit/Debit Card Details

Card Type:      

Card No.: \_\_\_\_\_ Expiry Date: Month \_\_\_\_\_ Year \_\_\_\_\_

Note: Credit Card should be that of the applicant.

### Declaration by Applicant on behalf of all Persons to be Insured

- To the best of my knowledge and belief, the above statements and particulars are complete and true and that I have not misstated or suppressed any material facts. (A material fact is one which is likely to influence Tawuniya's acceptance or assessment of this proposal. If any doubt whether facts are material, they should be disclosed).
- To the best of my knowledge and belief there are no reasons which would give rise to cancel or curtail our trip, and I will notify Tawuniya in the event of any such reason arising between the policy being issued and the commencement date of insurance.
- None of us will be traveling against medical advice.
- It is agreed that this proposal shall be the basis of the contract between me and Tawuniya.
- Tawuniya reserves the right to decline any application.

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

\* The insurance products provided by Tawuniya Insurance Company are subject to Value Added Tax (VAT), except life insurance (Takaful). A 5% of the premiums and administrative fees are added to all policies issued starting from 1 January 2018.

## طلب تأمين السفر الدولي

### بيانات طالب التأمين

الاسم بالكامل: \_\_\_\_\_ الجنسية: \_\_\_\_\_ رقم الهوية/الإقامة: \_\_\_\_\_  
 تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_ الوظيفة: \_\_\_\_\_ البريد الإلكتروني: \_\_\_\_\_ تويتير: \_\_\_\_\_  
 هاتف المنزل: \_\_\_\_\_ هاتف العمل: \_\_\_\_\_ تحويلة: \_\_\_\_\_ فاكس: \_\_\_\_\_ الجوال: \_\_\_\_\_  
 العنوان (واصل): \_\_\_\_\_ المدينة: \_\_\_\_\_ الحي: \_\_\_\_\_ الشارع: \_\_\_\_\_  
 المنطقة: \_\_\_\_\_ رقم الوحدة: \_\_\_\_\_ الرمز البريدي: \_\_\_\_\_ الرمز الإضافي: \_\_\_\_\_  
 رقم المبنى: \_\_\_\_\_

عدد الموظفين (دوام كلي): \_\_\_\_\_

الإيرادات السنوية (في حال الإختيار) الرجاء تزويدنا بنسخة من القوائم المالية المدققة لآخر سنة مالية.

- يقل عن أو يساوي 3 مليون ريال سعودي  يزيد عن 3 مليون ريال حتى 40 مليون ريال سعودي   
 يزيد عن 40 مليون ريال حتى 200 مليون ريال سعودي  يزيد عن 200 مليون ريال سعودي

### نوع التغطية المطلوبة: تأمين المدة القصيرة

- المدة القصيرة  التأمين السنوي

- قياسية  شينجن

علماً بأن التغطية التأمينية بموجب برنامج "شينجن" ستكون مقصورة فقط على تغطية الحوادث الشخصية والمصاريف الطبية الطارئة، وأن مبلغ التغطية الكلية بالنسبة للمصاريف الطبية الطارئة لن يتجاوز 200,000 ريال سعودي مع الخضوع لمبلغ اقتطاع/تحمل قدره 200 ريال سعودي عن كل شخص ولكل حادث.

مدة الرحلة: من: \_\_\_\_\_ إلى: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (كلا التاريخين مشمولان)

الرجاء وضع علامة في المربع المناسب لبيان نوع التأمين المطلوب:

جهة المغادرة:  جميع دول العالم.  جميع دول العالم باستثناء الولايات المتحدة وكندا.  بلدان اتفاقية «شينجن»  دول مجلس التعاون الخليجي

### التأمين السنوي

نوع التغطية:  جميع دول العالم.  جميع دول العالم باستثناء الولايات المتحدة وكندا.  بلدان اتفاقية «شينجن»  شينجن  
 جهة المغادرة:  جميع دول العالم.  جميع دول العالم باستثناء الولايات المتحدة وكندا.  بلدان اتفاقية «شينجن»  دول مجلس التعاون الخليجي

الرجاء وضع علامة في المربع المناسب لبيان نوع التأمين المطلوب:  التغطية الفردية  التغطية العائلية  
 تنطبق التغطية العائلية عليك وعلى الزوجة/الزوجات وكذلك الأولاد الذين تقل أعمارهم عن 15 عاماً وجميعهم من المقيمين الدائمين معك والمشمولين بهذا التأمين.

اسم الشخص المؤمن عليه	العلاقة بطالب التأمين	تاريخ الميلاد/السن وقت السفر

الرجاء ملاحظة أن هذه الوثيقة سوف يبدأ سريانها بعد استلام «التعاونية» طلب التأمين كاملاً والموافقة عليه وتسديد الاشتراك، وعلى ذلك لن يسمح بإعادة الاشتراك إلا إذا أُنغِي التأمين خلال عشرة أيام من تاريخ إصدار الوثيقة أو قبل ابتداء تاريخ السفر المحدد (أيهما يأتي أولاً).

1. الرياضة الشتوية.  نعم  لا  
 2. هل سبق لأي مكتب أو شركة تأمين أن رفضت تغطيتك بالتأمين أو أي من ممتلكاتك أو فرضت شروطاً خاصة أو ألغت وثيقة تأمين لك أو رفضت تجديد أي تأمين قائم لك؟  نعم  لا  
 إذا كانت الإجابة "نعم" يرجى إعطاء تفاصيل كاملة عن الشروط والأحكام الخاصة المفروضة أو الاشتراك الإضافي الذي تم دفعه، إن وجد.

3. معدل الخسائر لآخر 5 سنوات \_\_\_\_\_

### تفاصيل بطاقة الائتمان

نوع البطاقة: \_\_\_\_\_  
 رقم البطاقة: \_\_\_\_\_  
 تاريخ الانتهاء: \_\_\_\_\_  
 الشهر: \_\_\_\_\_ السنة: \_\_\_\_\_

ملاحظة: يجب أن تكون بطاقة الائتمان باسم صاحب الطلب.

### إقرار طالب التأمين نيابة عن جميع الأشخاص المؤمن عليهم

- أقر بموجب هذا أن الإجابات والتفاصيل المعطاة في هذا الطلب هي حسب أقصى علمي واعتقادي كاملة وصحيحة، وأني لم أحرف أو أكتتم أية حقائق جوهرية (الحقيقة الجوهرية هي تلك التي يحتمل أن تؤثر على قرار "التعاونية" في قبول أو تقييم هذا الطلب، وإذا كان هناك شك في أن حقيقة ما هي جوهرية أم لا فيتوجب عندها الإفصاح عنها).
- وحسب أقصى علمي واعتقادي فإنه لا توجد أسباب يمكن أن تؤدي الي إلغاء أو إختصار مدة الرحلة، وعليه فإنني سأقوم بإخطار "التعاونية" إذا ما استجدت أية أسباب قد تنشأ خلال الفترة ما بين إصدار الوثيقة وإبتداء سريان مفعول هذا التأمين.
- كما وأني ألتزم بعدم سفر أي منا في حالة وجود نصيحة طبية توصي بذلك.
- من المتفق عليه أن هذا الطلب سيشكل أساساً للتعاقد بيني وبين "التعاونية".
- تحتفظ "التعاونية" بالحق في رفض أي طلب تأمين.

توقيع طالب التأمين: \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_

\* تخضع منتجات التأمين التي توفرها شركة التعاونية للتأمين لضريبة القيمة المضافة، فيما عدا تأمين الحياة (التكافل)، حيث تضاف نسبة 5% للأقساط والرسوم الإدارية لجميع الوثائق الصادرة ابتداءً من 1 يناير 2018.