

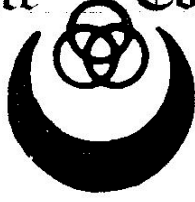
بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

شركة التأمين الإسلامية المحدودة

Islamic Insurance Company Limited

ISLAMIC INSURANCE COMPANY LTD.

HEAD OFFICE KHARTOUM (SUDAN)
El Fayha Building - Ali Abdel Latief Avenue
Khartoum West Tel : 71198 Telex 22167 TATA
P. O. Box 2776 KHARTOUM SUDAN



شركة التأمين الإسلامية المحدودة
المكتب الرئيسي الخرطوم (السودان)
مركز الفيحاء التجاري
الطابق الأول شارع علي عبداللطيف
تلفونات ٧١١٩٨ تلكس ٢٢١٦٧ تاتا
ص.ب ٢٧٧٦ الخرطوم

طلب تأمين حوادث شخصية

اسم المتعاقد :

عنوانه :

بيانات يدلى بها طالب التأمين

اسمه :

تاريخ الميلاد

مهنته بالتفصيل :

محل الإقامة :

تليفون :

محل العمل :

تليفون :

هل سبق لك أن :

(أ) أبرمت تأميناً ضد الحوادث الشخصية :

١ - اسم شركة التأمين

٢ - مبلغ التأمين : في حالة الوفاة

في حالة العجز الكلي المستديم

جنيه

جنيه

٣ - مدة التأمين : من

إلى

٤ - عما إذا كان قد الغى :

تاريخ وسبب الانهاء :

(ب) أصبت بحادث :

١ - تاريخه وظروفه :

٢ - نتائجه :

(ج) أصبت بمرض أو عاهة :

في حالة الإيجاب يذكر بالتفصيل

هل تمارس أو تتعرض في عملك أو في هواياتك لاي مما يأتي :

- ١ - استعمال آلات ميكانيكية أو يدوية
- ٢ - استعمال عيارات كهربائية ذات ضغط عال (أكثر من ٢٢٠ فولت) :
- ٣ - أعمال السقالات - الكبارى - البناء - الآبار - الاقية - الأنفاق - الاسطبلات - المحاجر والمناجم :
- ٤ - قيادات الدرجات البخارية (الموتوسيكلات) :
- ٥ - الرياضة حدد أنواعها تفصيلاً :
- ٦ - المواد الخطرة - الإشعاعات - المواد الملتهية - الانفجار ٠٠ الخ

جنيه

مبلغ التأمين المطلوب

- (أ) في حالة الوفاة
- (ب) في حالة العجز الكلى المستديم
- (ج) هل ترغب في تغطية العجز الكلى المؤقت بواقع ٥ في الألف أسبوعياً .
من مبلغ التأمين في حالة العجز الكلى المستديم وبعد أقصى ٥٢ أسبوعاً .

المستفيدون في حالة الوفاة

أذكر اسم المستفيد والصلة والعنوان :

الاسم بالكامل :

الصلة :

العنوان :

سريان التأمين

المدة : يوم / شهر / سنة من / / الى / /
(لا يبدأ سريان التأمين إلا بعد قبوله من جانب الشركة وسداد قسط التأمين)

إقرار

نقر نحن الموقعين أدناه أن البيانات الواردة في هذا الطلب صحيحة ومطابقة للحقيقة ونوافق على أن يكون هذا الإقرار أساساً للتعاقد مع الشركة ، كما نقر بأن إخفاء أية بيانات أو ذكرها على غير حقيقتها، يجعل الشركة في حل من كل التزام يقع عليها نتيجة للتعاقد وفقاً للبيانات الواردة في هذا الطلب .

طالب التأمين

التعاقد

تحريراً في