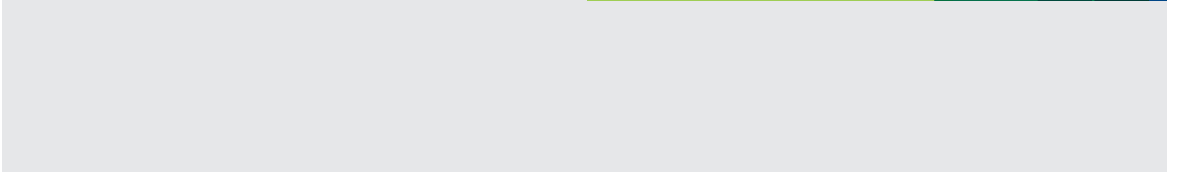




المدينة تكافل
Al Madina Takaful

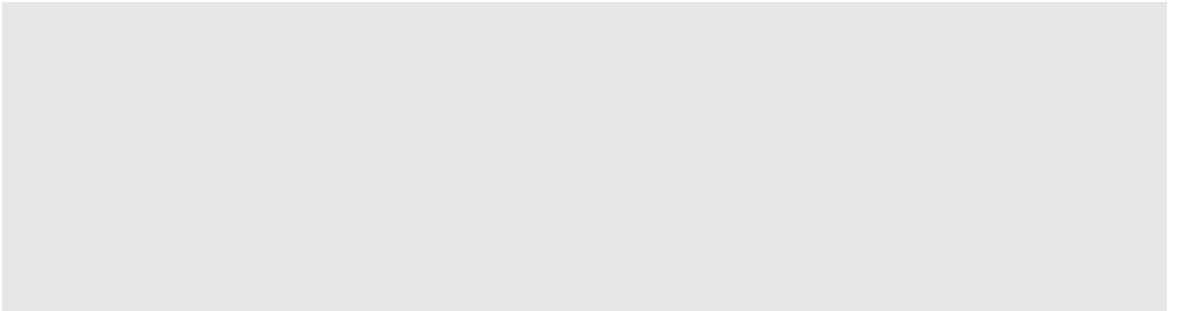
في تناغم تام
Everything in harmony

www.almadinatakaful.com



(Sindbad) Hajj & Umrah Travel Insurance Proposal Form

استمارة طلب وثيقة
تأمين السفر للحج
والعمرة (سندباد)



Importance of Travel Insurance

The holy pilgrimage of Hajj & Umrah is a time of peace, reflection and prayer. Travel in complete peace of mind with our Travel Insurance exclusive for this special time. Secure yourself with the protection that makes your pilgrimage all the more peaceful.

What risks are covered?

- Personal Accident:** Accidental Death, Permanent Total Disablement - common carrier.
- Medical:** Emergency Medical Expenses, sickness and hospitalization abroad.
- Travel Inconvenience:** Loss of baggage.

Our Policy Features:

- Eligibility:** Insurance Policy available for all ages between 3 months to 110 years.
- Policy Duration:** From 7 days to 45 days.

Coverage	USD
Emergency Medical Expenses, Sickness and Hospitalization Abroad	10,000
Medical Evaluation	15,000
Lost Baggage Claim	250
International Assistance	Actual/Free
Repatriation of Mortal Remains	5,000
Advance of Funds	250
Accidental Death & Permanent Total Disablement, Common Carrier	5,000
Loss of Passport	300

Premium

Trip Duration	RO
Up to 7 days	2.8
Up to 15 days	4.3
Up to 21 days	5.8
Up to 31 days	7.3
Up to 45 days	8.8

- Land Cover applicable only whilst travelling on ticketed commercial coaches/buses.**
- No cover whilst travelling on own vehicle.**
- Cover only for Saudi Arabia for persons travelling to perform Hajj/Umrah.**

Note: Cancellation expenses of RO 1 will be applicable per policy in the event of policy cancellation or date changes.

General 24/7 International Helpline Numbers:

Saudi Arabia - 8008973919 (toll free)
International - 00 962 6 5008119
Fax - 00962 65 0081 67, email - TRAVELA@mapfre.com
Spoken Languages - English & Arabic

Al Madina Insurance Co.

Muscat Grand Mall, BO6, 3rd floor, Al Khuwair, Muscat.
P.O.Box - 80, PC 136, Sultanate of Oman
T: +968 22033888, F: +968 22033833
email: reachus@almadinatakaful.com
www.almadinatakaful.com

أهمية تأمين السفر

في الحج والعمرة سكون للقلب وراحة للبال وطمأنينة للنفس واستقرار للروح، فيها تتأمل وتفرغ تفرغاً تاماً للعبادة. لذا توجه إلى الديار المقدسة بكل راحة بال مع تأمين السفر الحصري المصمم خصيصاً لهذه الأوقات المباركة. احص نفسك وقم بتأدية مناسك العمرة والحج في راحة وطمأنينة.

ما هي المخاطر التي تغطيها هذه الخطة؟

- الحوادث الشخصية:** الوفاة العرضية أو حالات العجز الكلي الدائمة - الناقل العام
- الحالات المرضية:** التكاليف الناتجة عن الحالات المرضية الطارئة والأمراض والتتويج في المستشفيات خارج البلاد.
- مشاكل السفر:** التكاليف الناتجة عن فقدان الأمتعة.

مزايا الوثيقة:

الأهلية: وثيقة التأمين متاحة لجميع الفئات العمرية من 3 أشهر إلى 110 سنة.

مدة الوثيقة: من 7 أيام إلى 45 يوم.

بالدولار الأمريكي	التغطية
1,000	التفقات الطبية لحالات الطارئة، المرض والتتويج في المستشفى بالخارج
15,000	التقييم الطبي
250	مطالبة فقدان الأمتعة
مجاني	المساعدة الدولية
5,000	إعادة الرفات
250	Advance of Funds
5,000	الوفاة العرضية و العجز الكلي الدائم، والناقل العام
300	فقدان جواز السفر

أقسام

بالريال العماني	مدة الرحلة
2.8	حتى 7 أيام
4.3	حتى 15 يوم
5.8	حتى 21 يوم
7.3	حتى 31 يوم
8.8	حتى 45 يوم

- تنطبق التغطية الأرضية فقط عند السفر بتذكرة عبر الحافلات التجارية.**
- لا تنطبق التغطية عند السفر بالسيارة الخاصة.**
- تشمل التغطية فقط المملكة العربية السعودية للأشخاص الذين يسافرون لأداء فريضة الحج / العمرة.**

ملاحظة: سوف يتم فرض مصاريف إلغاء مقادارها 1 ريال عماني لكل وثيقة في حالة إلغاء الوثيقة أو تغير التاريخ وفقاً للسياسة.

خط مساعدة دولي عام على مدار الساعة أرقام الهواتف:-

المملكة العربية السعودية - 009623919 (الرقم المجاني)
دولي - 0096265008119
الفاكس - 0096265008167، البريد الإلكتروني - TRAVELA@mapfre.com
لغات التحدث - الإنجليزية والعربية

تفاصيل عنوان شركة المدينة للتأمين

مسقط جراند مول، ب.6 الطابق الثالث، الخوير، مسقط.
ص.ب. 80، الرمز البريدي 136، سلطنة عمان.
هاتف: +968 22033888، فاكس: +968 22033833
البريد الإلكتروني: reachus@almadinatakaful.com
www.almadinatakaful.com

DECLARATION

إقرار

I hereby declare that the Insured Person(s) listed above —

- Is/Are not travelling against the advice of a physician
- Is/Are not on the waiting list for any medical treatment
- Is/Are not travelling for the purpose of medical treatment
- Have not received a terminal prognosis for a medical condition before this day
- I/We have read the Policy Terms and Condition and have accepted the same
- I authorize the insurance company to obtain any records or references, be they medical or otherwise, in consideration of this insurance or any potential claims in the future
- I/We accept that this policy does not cover treatment for Pre Existing Medical Conditions/Diseases/Ailments that are declared or undeclared

I/We hereby declare that the statements made by me/us in this Proposal Form are true to the best of my/our knowledge and belief and I/we hereby agree that this declaration shall form the basis of the contract between me/us and Al Madina Insurance Company (SAOG). I/We also declare that, if any additions or alterations are carried out after the submission of this proposal form, then the same would be conveyed to the insurers immediately.

I/We hereby declare that the contents of the form and documents have been fully explained to me/us and that I/we have fully understood the significance of the proposed contract.

أقر بأن الشخص المؤمن له / الأشخاص المؤمن لهم المذكور / المذكورين أعلاه:

- أنه لا يسافر / أنهم لا يسافرون بدون نصيحة الطبيب
- أنه ليس / أنهم ليسوا على قائمة إنتظار علاج الطبي
- أنه لا يسافر / أنهم لا يسافروا بقصد العلاج الطبي
- أنه لم يستلم / أنهم لم يستلموا تقدير نهائي لأي ظرف صحي قبل هذا اليوم
- إنني / أننا قرأنا البنود وشروط وثيقة التأمين ووافقنا عليها
- إنني أؤوض شركة التأمين بالحصول على أية سجلات أو مراجع سواء كانت طبية أو لا، تتعلق بهذه الشركة أو أية مطالبات محتملة في المستقبل
- إنني أوافق / أننا نوافق على أن هذه الوثيقة لا تغطي العلاج المتعلق بأية ظروف صحية / أمراض/علل مزمنة سابقة سواء كانت مصرح بها أو غير مصرح

أقر أنا / نحن بأن المعلومات المقدمة مني / منا في هذا النموذج هي صحيحة تماما حسب معرفتي / معرفتنا، وإنني أوافق / أننا نوافق على أن هذا الطلب يشكل أساس العقد بيني / بيننا وبين شركة المدينة للتأمين (ش.م.ع.ع) كما أقر / نقر بأنه سيتم إبلاغ الشركة المؤمنة فوراً بأية إضافات أو تعديلات تتم بعد تقديم هذا الطلب.

أقر / نقر بأنه تم توضيح جميع المعلومات الواردة في هذا النموذج والمستندات لي / لنا ، وأنني أفهم تماما / أننا نفهم تماما أهمية العقد الذي سيتم إجراؤه.

Place: : المكان

Date: : التاريخ

Signature of the Proposer: : توقيع طالب التأمين