

All questions must be answered and the Policyholder must not admit liability to any person and any written or verbal claims must be passed immediately to the Company for attention.

يجب الإجابة على كافة الأسئلة ويجب أن يمتنع حامل الوثيقة عن تحمل المسؤولية اتجاه أي شخص، كما يجب تقديم أي مطالبة خطية أو شفوية إلى الشركة فورًا للتعامل معها.

Insured Information		تفاصيل المؤمن عليه	
Name:	الإسم:	Policy Number:	رقم الوثيقة:
Phone no.:	رقم الهاتف:	Email Address:	البريد الإلكتروني:

Boat operation/skipper at the time of the accident		عمليات الزورق / الربان وقت وقوع الحادث	
Name:	الإسم:	Date of birth:	تاريخ الميلاد:
Navigation license details:			تفاصيل رخصة الملاحة:
Navigation license no.:	رقم رخصة الملاحة:	Expiry:	تاريخ انتهاء الصلاحية:
Issuing authority:			جهة الإصدار:
Phone No.:	رقم الهاتف:	Email address:	البريد الإلكتروني:

Boat details		تفاصيل الزورق	
Name:	الإسم:	Registration no.:	رقم التسجيل:
Make:	الصنع:	Year of Manufacture:	سنة الصنع:

Incident description		تفاصيل الحادث:	
Date:	التاريخ:	Time:	الوقت:
		Place:	الموقع:

Explain how the damage occurred:
Were you participating in a race or Regatta? Yes نعم No لا

يرجى شرح كيفية وقوع الضرر:
هل كنت تشارك في سباق الزوارق والبخوت؟

Details of bodily injury, if any:

تفاصيل عن الإصابات الجسدية، إن وجدت:

Was the accident reported to the police/coast guard? Yes نعم No لا

هل تم إبلاغ مركز الشرطة / خفر السواحل عن الحادث؟

If no, why? إذا كانت الإجابة «لا»، يرجى التفسير؟



Policyholder declaration

إقرار حامل الوثيقة

I declare that I have become eligible to make a claim under the terms of my policy and claim benefit accordingly. I certify that, to the best of my knowledge, the above information is true and correct.

أقر بأنني أصبحت مؤهلاً لتقديم مطالبة بموجب شروط الوثيقة الخاصة بي والمطالبة بالمنافع وفقاً لذلك، أشهد بأن المعلومات التي تم الإدلاء بها أعلاه، على حد علمي، صحيحة وكاملة.

I understand that if any information provided by me is found to be deliberately misleading or incorrect, this claim may be rejected and my Policy may be treated as invalid. In such circumstances, I also understand that I will have to repay any benefit that I have received to date and that legal action could be taken against me.

أفهم بأنه إذا تم اكتشاف أي معلومات قُدمتها على أنها مضللة أو غير صحيحة عن عمد، فقد يتم رفض هذه المطالبة وقد يتم التعامل مع وثيقتي على أنها باطلة. في مثل هذه الظروف، أفهم أيضاً أنه سيتعين عليّ سداد أي منفعة تلقيتها حتى الآن وأنه يمكن اتخاذ إجراء قانوني ضدي.

I authorise GIG to make any enquires and obtain any information they consider relevant from any doctor(s), employer(s), ex-employer(s) or elsewhere.

أفوض جي.آي.جي. بإجراء أي استفسارات والحصول على أي معلومات تراها ذات صلة من أي طبيب (أطباء) أو صاحب عمل (أصحاب عمل) أو صاحب عمل (أصحاب عمل) سابق أو من أي مكان آخر.

I understand that I must provide evidence to GIG to prove my claim. I understand and give explicit consent that the sensitive health and other information I may provide about myself will be used, stored, transferred and/or disclosed by GIG, its agents and associated companies, other insurers, regulators, industry, and public bodies (including the police) and agencies to process this insurance and any other insurance, handle claims and prevent fraud.

أفهم أنه يتعيّن عليّ تقديم دليل إلى جي.آي.جي. لإثبات مطالبي. أفهم وأوافق صراحة على أن المعلومات الصحيّة وغيرها من المعلومات الحساسة التي قد أقدمها عن نفسي سيتم استخدامها وتخزينها ونقلها و/أو الكشف عنها بواسطة جي.آي.جي. ووكلائها والشركات المرتبطة بها وشركات التأمين الأخرى والجهات التنظيمية والصناعة والهيئات العامة (بما في ذلك الشرطة) والوكالات لعالجة هذا التأمين وأي تأمين آخر وللتعامل مع المطالبات ومنع الاحتيال.

This may involve the transfer of such information to other countries. GIG has taken steps to ensure that your information is held securely. You have the right to access your personal data held by GIG.

قد يتضمن ذلك نقل هذه المعلومات إلى دول أخرى. اتّخذت جي.آي.جي. خطوات لضمان الاحتفاظ بمعلوماتك بشكل آمن. لديك الحق في الوصول إلى بياناتك الشخصية التي تحتفظ بها جي.آي.جي..

If you believe that your personal data held by GIG is inaccurate you have the right to ask for this to be rectified.

إذا كنت تعتقد أن بياناتك الشخصية التي تحتفظ بها جي.آي.جي. غير دقيقة، يحق لك طلب تصحيح ذلك.

Date:

التاريخ:

Signature:

التوقيع:

Gulf Insurance Group (Gulf) B.S.C. (c)

UAE: Registered in the Insurance Companies Register - Certificate no. (69) dated 22/01/2002. Subject to the provisions of Federal Law no. (6) of 2007 concerning the establishment of Insurance Authority and Organisation of its work.

Bahrain: A company incorporated in the Kingdom of Bahrain (CR 22373) with an authorised and paid up capital of BD 15,000,000 and regulated by the Central Bank of Bahrain as a Bahraini insurance licensee.

Oman: A foreign branch of Gulf Insurance Group (Gulf) B.S.C (c), a company incorporated in the Kingdom of Bahrain and registered with the Ministry of Commerce, Industry & investment Promotion in the Sultanate of Oman under the Commercial Registration no. 1112244 and holding insurance registration no. 6 issued by the Capital Market Authority.

Qatar: A foreign branch of Gulf Insurance Group (Gulf) B.S.C. (c) and registered in the Qatar Financial Centre under QFC License no. 00024 and authorised by the Qatar Financial Centre Regulatory Authority.

مجموعة الخليج للتأمين (الخليج) ش.م.ب. (م)

الإمارات العربية المتحدة: شركة مسجلة في سجل شركات التأمين - شهادة رقم (٦٩) بتاريخ ٢٢/٠١/٢٠٠٢. خاضعة لأحكام القانون الاتحادي رقم (٦) لعام ٢٠٠٧ في شأن إنشاء هيئة التأمين و تنظيم أعماله. البحرين: شركة تأسست في مملكة البحرين ومسجلة بموجب (السجل التجاري رقم ٢٢٣٧٣) برأس مال مصرح به ومدفوع بقيمة ١٥,٠٠٠,٠٠٠ دينار بحريني وتخضع لرقابة مصرف البحرين المركزي كشركة تأمين مرخصة. سلطنة عُمان: فرع أجنبي لشركة مجموعة الخليج للتأمين (الخليج) ش.م.ب. (م)، شركة تأسست في مملكة البحرين و مسجلة لدى وزارة التجارة والصناعة وترويج الإستثمار بسلطنة عُمان بموجب سجل تجاري رقم ١١١٢٢٤٤ وسجل تأمين رقم ٦ صادر من الهيئة العامة لسوق للمال. قطر: فرع أجنبي لشركة مجموعة الخليج للتأمين (الخليج) ش.م.ب. (م)، ومسجلة في مركز قطر للمال برخصة رقم ٠٠٠٢٤ ومصرح بها من قبل هيئة تنظيم مركز قطر للمال.