



INDIVIDUAL HEALTH TAKAFUL COVER (EMERGENCY) تغطية التكافل الصحي للأفراد (تغطية الطوارئ)

Applicant's Name : _____ : اسم مقدم الطلب
Identification No. : _____ : رقم الهوية Gender : _____ : الجنس
Date of Birth : _____ : تاريخ الميلاد Place of Birth : _____ : مكان الميلاد
Nationality : _____ : الجنسية Marital Status : _____ : الحالة الاجتماعية
Occupation : _____ : المهنة Employer Name : _____ : صاحب العمل
Mobile Number : _____ : رقم هاتف النقال Work Telephone: : _____ : رقم هاتف العمل
العنوان
Home/ Falt No. : _____ : رقم المنزل / الشقة Road/ Avenue No. : _____ : رقم الطريق
Block Number : _____ : رقم المجمع Area/ City : _____ : المنطقة / المدينة
Country : _____ : البلد Postal Address : _____ : رقم صندوق البريد

Declaration:

It is hereby declared that I, the undersigned applicant have read and agreed to the terms and conditions of the policy and that I have accurately and completely answered the required questions and have presented the required documentation to the best of my knowledge. That, and I am aware that this document and any other submitted document(s) will constitute as part of the application for my Individual Takaful Health Cover (Emergency). Also, I am aware that any none disclosure of facts be it material or not may have the tendency to void the application and/or invalidate the acceptance terms of the cover being the sole owner of the policy in question.

توضيح:

أقر أنا الموقع أدناه صاحب طلب وثيقة التأمين الصحي التكافلي أنني قد قرأت شروط و نصوص الوثيقة هذا العقد و أنني موافق على الشروط المذكورة / الواردة في هذه الوثيقة والتي تمت الإجابة على جميع الأسئلة المذكورة بها بمعلومات صحيحة على حد علمي ومدعومة بالأوراق الثبوتية و التي من شأنها تحديد قبول أو رفض طلب التأمين الصحي من طرف شركة التكافل الدولية و مؤكداً إمامي التام بمحتوى هذه الوثيقة هذا العقد و مما قد يؤدي إلى إلغاء أو رفض الطلب في حال عدم تطابق المعلومات / الأوراق الثبوتية المقدمة.

Authorization:

I hereby authorize any physician, medical provider, insurance company or any other entity that has any knowledge of my health, medical/ hospitalization record and the like to provide Takaful International Co. all the required information. Both a signed and scanned or photo copied copy of this authorization shall serve in the valid capacity of the original.

تفويض:

بهذا الإقرار أفرض أي اخصائي أو طبيب أو جهة معنية أو شركة تأمين أو مستشفى أو مصلحة ذات علاقة بصحتي أو سجلاتي بتوفير ما يلزم من معلومات / سجلات صحية / تقارير / صور مطلوبة سواء كانت كتابية / حاسوبية مصورة أو نسخ منها لشركة التكافل الدولية عند طلبها ذلك وإن كان عن طريق نسخة من هذا التفويض.

Contract Termination:

The relevant policy is of a non-negotiable, unadjustable, unchangeable nature and shall be subjected to no refund under any circumstance(s).

إنهاء العقد:

الوثيقة ذات العلاقة غير قابلة للتفاوض أو الاستبدال أو التعديل أو استرجاع قيمتها في حال الإلغاء تحت أي ظرف.

Value Added Tax (VAT):

This agreement herein is exclusive of any Value Added Tax (VAT) and/or any other similarly imposed regulatory or governmental taxation that is/may be applicable to this Takaful insurance policy as per the laws of the Kingdom of Bahrain. That, and in the event of the enforcement of such a regulation, VAT and the like shall be charged separately and in addition to the payable policy contribution amount(s). Takaful International Co. hereby reserves the full right to apply and collect all (and any) applicable VAT and the like to this Takaful policy contributions and/or charges whether retrospectively from the policy inception date or prospectively from the date of the implementation of such a regulation in the Kingdom of Bahrain.

الضريبة المضافة:

قيمة هذه الوثيقة لا تشمل قيمة الضريبة المضافة أو أية ضرائب سواء كانت تنظيمية أو خدمية أو حكومية وفي حال تطبيقها/سوف تطبق على هذا النوع من الوثائق ؛ لذا ففي حالة تطبيق أو إضافة مثل هذه الضرائب بعد إقرار حكومة مملكة البحرين بذلك عندها يحق لشركة التكافل الدولية إضافة هذه الضرائب على زبانتها حسب ما تقتضيه الضرورة و ما تراه مناسباً.

Applicant Signature : _____ : توقيع مقدم الطلب

Application Date : _____ / _____ / _____ : تاريخ الطلب