

تأمين السفر / Travel Insurance  
استمارة طلب / Proposal Form

! If you are signing for someone else, include a copy of the durable power of attorney or executorship if not previously provided.

1. Personal Details: التفاصيل الشخصية

- a. Name: \_\_\_\_\_  
الاسم
- b. Address: \_\_\_\_\_  
العنوان  
صندوق البريد / P.O. Box \_\_\_\_\_ الرمز البريدي / P. Code: \_\_\_\_\_
- c. Contact Tel. No: \_\_\_\_\_  
رقم التواصل
- d. Date of Birth: \_\_\_\_\_  
تاريخ الميلاد
- e. Nationality: \_\_\_\_\_  
الجنسية
- f. Passport No: \_\_\_\_\_
- g. Country of Residence: \_\_\_\_\_  
رقم جواز السفر  
بلد الإقامة

2. Travel Details: تفاصيل السفر

- a. Travel Itinerary: \_\_\_\_\_  
خط سير الرحلة
- b. Period of Travel: \_\_\_\_\_  
فترة السفر  
 5 days  9 days  15 days  22 days  Other \_\_\_\_\_
- c. Date of Departure: \_\_\_\_\_  
موعد المغادرة
- d. Destination: \_\_\_\_\_  
بلد الوصول  
 Worldwide Excluding USA, Canada  
 في جميع أنحاء العالم باستثناء الولايات المتحدة الأمريكية وكندا
- e. Countries visited: \_\_\_\_\_  
الدول التي قمت بزيارتها
- f. Name of Beneficiary: \_\_\_\_\_  
اسم المستفيد

3. Additional Members: أعضاء إضافيون

Name الاسم	Sex (F/M) الجنس	Date of Birth (DD/MM/YYYY) تاريخ الميلاد	Passport No. رقم جواز السفر

Declaration:

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 Arabia Falcon Insurance Company S.A.O.G.

إقرار:

أقر / نقر بموجب هذا بأن البيانات التي قدمت في نموذج العرض هذا صحيحة طبقاً لمعرفتنا / واعتقادنا ووافق / نوافق بموجب هذا على أن هذا الإعلان سيشكل أساس العقد بيني / بيننا وشركة التأمين العربية فالكون.

I/We also declare that any additions or alterations are carried out after the submission of this proposal form then the same would be conveyed to the insurers immediately.

أصرح / نقر أيضاً بأن سوف يتم البلاغ شركة التأمين عن أي إضافات أو تعديلات يتم إجراؤها بعد تقديم نموذج الاقتراح هذا على الفور.

## Signature(s)

In order for us to process this request, please sign below and return. لإتمام المعاملة، الرجاء التوقيع.

**Sign  
Here**

Signature / التوقيع

Date / التاريخ

## How to submit this form / طريقة تسليم الاستمارة

**صندوق البريد / Mail:**  
Arabia Falcon Insurance  
P.O. Box 2279  
Ruwi 112,  
Muscat, Oman

**الفاكس / Fax:**  
+968 24566476

**البريد الإلكتروني / E-mail:**  
info@afic.om