

1 General Information: معلومات عامة

a) Full Name of Proposal اسم طالب التأمين بالكامل

CR No. رقم السجل

Nationality الجنسية

Year Established سنة التأسيس

Activity النشاط

b) Address Locations عنوان الموقع

Building : رقم المبنى	Street : الشارع
Dist : الحي	City : المدينة

P.O.Box صندوق البريد

Postal Code الرمز البريدي

Phone No رقم الهاتف

E-mail ID الايميل

c) Contact Person الشخص المسؤول

Name الاسم

Mobile جوال

Email الايميل

2.	التأمين Insurance
<input type="checkbox"/>	On annual basis على أساس سنوي
<input type="checkbox"/>	For months/ شهري
Geographical scope of cover: حدود المنطقة الجغرافية	
3.	هل كنت تملك اي تأمين على المعدات او الآلات سابقا? Has there been any previous CPM insurance?
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
If so, for which item(s) of the specification and by what companies? إذا كان نعم , أذكر أسماء شركات التأمين	
4.	Have the plant and machinery to be insured (partly or in total) been hired?
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	هل المعدات أو الآلات المراد تأمينها مستأجرة (كلها أو جزء منها)
If so, please specify the owner's name and address. إذا كان نعم , أذكر اسم المالك و عنوانه	
5.	Are the plant and machinery highly exposed to special hazards?
هل المعدات أو الآلات معرضة بشكل كبير لأي من الأخطار التالية	
<input type="checkbox"/> Fire, explosion حريق	<input type="checkbox"/> Earthquake, volcanic activity, tsunami زلازل , براكين أو تسونامي
<input type="checkbox"/> Storm, cyclone عواصف أو أعاصير	<input type="checkbox"/> Flood, inundation فيضانات
<input type="checkbox"/> Landslide إنزلاقات أرضية	<input type="checkbox"/> Blasting انفجارات
<input type="checkbox"/> Employment in mountainous terrain العمل في المناطق الجبلية	
<input type="checkbox"/> Employment underground العمل تحت الأرض	<input type="checkbox"/> Other أخرى



6. Do you wish the cover to include extra charges for Overtime, night work, work on public holidays?

هل ترغب في تغطية التكاليف الإضافية بالنسبة للعمل الإضافي أو الليلي أو خلال العطلات الرسمية ؟

☐ Yes ☐ No

Limit of Indemnity for such extra charges:

أذكر حدود التغطية المطلوبة للبند أعلاه

7. Do you wish the cover to include inland transport?

هل ترغب في تمديد التغطية لتشمل المعدات و الآلات أثناء النقل ☐ Yes ☐ No

If so, please specify maximum value transported by one means of transport:

إذا كان نعم , أذكر أقصى قيمة للنقل الواحدة

Your Duty of Disclosure

Before you enter into a contract of general insurance with an Insurer, you have a duty to disclose to the Insurer every matter that you know, or could reasonably be expected to know, is relevant to the Insurer's decision whether to accept the risk of the insurance and, if so, on what terms.

You have the same duty to disclose those matters to the Insurer before you renew, extend, vary or reinstate a contract of general insurance.

It is important that all information contained in this proposal is understood by you and is correct, as you will be bound by your answers and by the information provided by you in this proposal. You should obtain advice before you sign this proposal if you do not properly understand any part of it.

Your duty of disclosure continues after the proposal has been completed up until the contract of insurance is entered into.

Date :

Stamp & Signature of Proposer

RIYADH

Riyadh Central Region, Main Branch
Al Tahliya St. Al Deghalthier Tower, Office 113 & 114
Telephone: +966 – 11 – 2162797

JEDDAH

Western Region, Operations Office
Al Tahliya St. Bin Homran, Tower B, Office 304
Telephone: +966 – 12 – 663 7282

AL-KHOBAR

Eastern Region, Operations Office
Al Dhahran St. – Ababtain Tower , Office 202
Telephone: +966 – 13 – 897 9791



قائمة متطلبات وثائق المعدات

Pricing Requirements for CPM

1.	Signed and Stamped Broker of Record (BOR) Letter	خطاب تفويض موقع ومختوم على مطبوعات المنشأة الرسمية بتاريخ حديث.	1.
2.	Copy of the Company Valid Registration (CR)	صورة من السجل التجاري للمنشأة ساري الصلاحية	2.
3.	National Address (WASSAL)	العنوان الوطني	3.
4.	Claim Experience For the Past 5 Years From the Previous Insurance Company(s)	تقرير معدل الخسائر لمدة خمس سنوات ماضية من شركة أو شركات التأمين السابقة	4.
5.	Letter From Client showing the Claims Detail in the past 5 years or To Confirm the NIL Losses, In Case The Client Never Hold a Same Coverage Previously.	خطاب من العميل يوضح تفاصيل الخسائر ان وجدت او تأكيد بعدم وجود خسائر للخمس سنوات السابقة في حال عدم وجود تأمين سابق لنوع التغطية المطلوبة.	5.
6.	CPM Proposal Form Filled Duly	تعبئة نموذج طلب التأمين الخاص بوثائق المعدات حسب الاصول	6.
7.	List of Equipment Showing the Equipment's Type,Manufacturing Year,SN,Plate Number & Sum Insured (New Replacement Value)	قائمة بالمعدات تتضمن نوع المعدة , سنة الصنع , الرقم التسلسلي , رقم اللوحة ان وجد و مبلغ التأمين (مبلغ الاستبدال الجديد) .	7.
8.	Copies from Equipment's Istemara / Custom Certificate for All Equipment Holding a Plate Number and Driven on Public Roads.	صور الاستمارات او البطاقات الجمركية للمعدات التي يوجد لها ارقام لوحات وتسير على الطريق.	8.
9.	Official Letter by Client; Confirming That All Client's Internal Processes and Procedures are Fully Matched & Committed With Manufacturer's Safety Operation Instructions For Equipment and The Procedures of the Recommended Periodic Maintenance.	تأكيد خطي من المؤمّن له بأن العمليات والإجراءات الداخلية تضمن التقيد والإلتزام الكامل بجميع توصيات وتوجيهات المصنّع والمتعلقة بالتأسيس والتشغيل الآمن للمعدات، الآليات والماكينات مع إجراءات الفحص والصيانة الموصى بها.	9.



RIYADH

Riyadh Central Region, Main Branch
Al Tahliya St. Al Deghaither Tower, Office 113 & 114
Telephone: +966 – 11 – 2162797

JEDDAH

Western Region, Operations Office
Al Tahliya St. Bin Homran, Tower B, Office 304
Telephone: +966 – 12 – 663 7282

AL-KHOBAR

Eastern Region, Operations Office
Al Dhahran St. – Ababtain Tower , Office 202
Telephone: +966 – 13 – 897 9791