

WORKMEN'S COMPENSATION PROPOSAL FORM



طلب تأمين تعويضات العمال

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



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

2 Period of Insurance required: فترة التأمين

From: من/...../..... To إلى/...../.....

3. Particulars of Work in which the employees will be engaged: طبيعة العمل الذي سوف يشارك به العمال أو الموظفون

Territory(ies) in which workmen are employed:

الحدود الجغرافية لتغطية العمال أو الموظفين

4. All persons engaged in the work must be included: يجب ان تتضمن أعداد جميع الأشخاص المشاركين في العمل

Description of Employees وصف العمال	Estimated No. of Employees عدد العمال	Estimated Annual Wages (Salaries and Other Earnings) القيمة التقديرية للأجور السنوية وأي مدخولات أخرى لجميع العمال		
		Cash نقداً	Living or Other Allowances بدلات	Total الإجمالي
Clerical Staff الموظفون المكتبيون				
Commercial Travelers المسافرون التجاريون				
Employees engaged with woodworking machinery, including machinists and machinist laborers الموظفين أو العمال المشاركين في الأعمال على ماكينات الأشغال الخشبية يتضمن الميكانيكيين و عمال الميكانيك				

5. The total amount of wages, salaries, and other earnings paid by me/us to the above-mentioned employees during the past twelve months was SR _____



RIYADH

Riyadh Central Region, Main Branch
Al Tahliya St. Al Deghalther 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

إجمالي الأجور و الرواتب وأي مدفوعات أخرى متحصل عليها من قبل جميع العمال أو الموظفين المذكورين خلال 12 شهرا" الماضية

6. Does the SCHEDULE include all persons in your service? ☐ Yes ☐ No
هل جميع العمال المذكورين في القائمة يعملون في خدمتك

7. Have you carried out all the obligations imposed on you by Labor Law and/or Regulations?
هل طبقت جميع الإلتزامات المفروضة من قبل مكتب العمل أو الجهة المشرفة
☐ Yes ☐ No

8.
a) Have you any circular saws or other machinery driven by steam, gas, water, electricity or other mechanical power?
هل لديك منشير أو أي آلات أخرى تعمل بالبخار أو الغاز أو بدفع الماء أو الكهرباء أو أي قوة ميكانيكية أخرى
☐ Yes ☐ No

b) Are your machinery, plant and ways properly fenced and guarded and otherwise in good order and condition?
هل آلاتك ومصنعك وطرقك مسيجة ومحمية بشكل صحيح وتعمل في حالة جيدة؟
☐ Yes ☐ No

9. What boilers do you have?
ما هي انواع الغلايات (المراجل) التي تمتلكها

10. State what acids, gases, chemicals or explosives will be used with work and to what extent:
اذكر الأحماض والغازات والمواد الكيميائية والمتفجرات التي ستستخدم في العمل وإلى أي مدى :



11. State hereunder amount of wages paid and give particulars of number of accidents to your employees incidental to their occupation during the past three years:-

حدد أدناه مقدار الأجور المدفوعة وأعط تفاصيل عن عدد الحوادث لموظفيك المتعلقة بوظائفهم خلال السنوات الثلاث الماضية - :

Year 1

Total Wages
أجمالي الأجور

SR

مطالبات موقوفة Outstanding Claims Settled Claims **مطالبات مسددة**

	Number	Cost	Number	Estimated
Fatal Claims وفاة				
Perm. Disab العجز الدائم				
Temp. Disab العجز المؤقت				

Year 2

Total Wages
أجمالي الأجور

SR

مطالبات موقوفة Outstanding Claims Settled Claims **مطالبات مسددة**

	Number	Cost	Number	Estimated
Fatal Claims وفاة				
Perm. Disab العجز الدائم				
Temp. Disab العجز المؤقت				

Year 3

Total Wages
أجمالي الأجور

SR

مطالبات موقوفة Outstanding Claims Settled Claims **مطالبات مسددة**

	Number	Cost	Number	Estimated
Fatal Claims وفاة				
Perm. Disab العجز الدائم				
Temp. Disab العجز المؤقت				



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

12. Please specify the limits of Indemnity required for Workmen's Compensation Cover:

أرجو توضيح حدود التغطية المطلوبة أدناه بالنسبة لتعويض العمال

- a) Limit of Indemnity Any one Person SR.....
حدود التغطية للشخص الواحد
- b) Limit of Indemnity, Any One Accident SR.....
حدود التغطية للحادث الواحد
- c) Aggregate Limit of Indemnity SR.....
حدود التغطية الإجمالية خلال فترة التأمين

13 Do you require to Cover Employer's Liability? ☐ Yes ☐ No

هل ترغب في تغطية مسؤولية أرباب العمل

If Yes, Please indicate the limit of Indemnity Required for Any One Occurrence SR

إذا كان نعم , فما هي حدود التغطية المطلوبة (للحادث الواحد) بالنسبة لهذه التغطية الإضافية

14. Do you require cover during off-duty hours(i.e., 24 Hour on 24 basis) ☐ Yes ☐ No

هل ترغب في تمديد التغطية لتشمل أوقات العمال خارج ساعات العمل (24 ساعة مثلا)

15. Do you require cover for Mortician's Fee and Repatriation Expenses of Mortal Remains? ☐ Yes ☐ No

هل ترغب في تغطية مصاريف تجهيز الموتي و نقل الجثث الى موطنها

16. a) Do you require cover Medical Repatriation? ☐ Yes ☐ No

هل ترغب في تغطية مصاريف التأهيل الطبي

b) If Yes, please state the limit of Indemnity required Per Employee? SR

إذا كان نعم , ما هي حدود التغطية المطلوبة للعامل الواحد



RIYADH

Riyadh Central Region, Main Branch
Al Tahliya St. Al Deghalther 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

17.	a) Are you at present insured, or have you ever proposed for insurance in respect of your liability to your employees? هل لديك تأمين حالي أو تقدمت الى تأمين بخصوص مسؤوليتك تجاه العمال أو الموظفين	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	
If you have, please state the name of the Company إذا كان نعم , أذكر إسم شركة التأمين				
18.	b) Has any such proposal or renewal ever been declined or withdrawn? هل سبق و رفضت أي شركة تأمين طلبك للتأمين أو التجديد	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	
	c) Has an increased rate been required? هل سبق و طلبت شركة التأمين زيادة نسبة القسط	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	

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



Pricing Requirements for WCI

قائمة متطلبات وثائق تعويض العمال

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 3 Years From the Previous Insurance Company(s)	تقرير معدل الخسائر لمدة ثلاث سنوات ماضية من شركة او 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.	WCI Proposal Form Filled Duly	تعبئة نموذج طلب التأمين الخاص بتعويض العمال	6.
7.	List of Workmen to be covered showing the Name . Nationality , ID/Iqama # , Occupation & Annual Salary for each employee	قائمة بالعمال المراد التأمين عليه مع تفاصيل الاسم , الجنسية , رقم الإقامة أو الهوية , الوظيفة و الراتب السنوي لكل عامل	7.



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