



المدينة تكافل  
Al Madina Takaful

في تناغم تام  
Everything in harmony



APPLICATION FORM استمارة الطلب

## تأمين خدم المنازل Domestic Help Insurance

Al Madina Insurance Company SAOG شركة المدينة للتأمين ش م ع

## Why do I need to cover my domestic staff?

It is the responsibility of the Sponsor to take care of the health and well being of the domestic maid working under him. This plan covers the life of the maid servant against Death and Disability arising through illness and accident as well as the accidental medical expenses incurred in Oman. It also covers the cost of transporting the mortal remains to the country of Origin, in case of Death.

For a contribution amount Al Madina Insurance Co. SAOG assures full protection for your maid servant against large medical expenses which otherwise has to be borne by you.

## What Risks are Covered?

Risks cover is provided in four sections:

1. Coverage against Death, Permanent Total or Partial Disability.
2. Medical Expenses for treatment of any accidental injury.
3. Repatriation expenses in the event of death.
4. Critical Illness Cover.

## What is not Covered?

The main exclusion is any pre existing illness or infirmity.

FOR FULL EXCLUSIONS & TERMS AND CONDITIONS PLEASE REFER TO OUR POLICY DOCUMENT

## Covered Risks:

Death by natural cause	RO 2,500
Accidental Death	RO 5,000
Permanent Total Disability due to accident and sickness (Any occupation, 6 months deferred)	RO 5,000
Permanent Partial Disability due to accident and sickness (As per Continental scale)	RO 5,000
Medical Expenses due to accident-	
Maximum limit	RO 1,000
Repatriation	RO 750
11 Critical Illnesses Covered (as per coverage mentioned in the policy)	RO 1000
Replacement cost	RO 100

\*Age limit - up to 50 years.

## لماذا ينبغي علي التأمين على خادم/خادمة منزلي؟

حيث أن وثيقة تعويض العمال لا تشمل تغطية تأمينية لخدم المنزل، فإن مسؤولية العناية بصحة خادم/ خادمة المنزل ورعاها / رفاحتها تقع على عاتق الكفيل الذي يعمل / تعمل تحت كفالته. لذلك فإن هذه الخطة تؤمن على حياة خادم/ خادمة المنزل ضد الوفاة والعجز المترتب على مرض أو حادث إلى جانب المصاريف الطبية الطارئة التي يتم تكديدها في عمان. كما أنها في حالة وفاة خادم/ خادمة المنزل، تغطي الوثيقة تكاليف نقل جثمانه/جثمانها إلى وطنه / وطنها.

تضمن لك شركة المدينة للتأمين ش.م.ع.ع مقابل مبلغ مساهم به، حماية كاملة لخادم/ خادمة منزل ضد التكاليف الطبية الكثيرة التي كنت تتحملها قبل التأمين.

## ما هي المخاطر التي تغطيها وثيقة التأمين؟

تتألف المخاطر التي تغطيها الوثيقة من أربعة أقسام:

1. تغطية تأمينية ضد الوفاة أو العجز الكلي أو الجزئي الدائم.
2. المصاريف الطبية اللازمة لعلاج أي إصابة طارئة.
3. مصاريف إعادة الجثمان إلى الوطن في حالة الوفاة.
4. تغطية ضد الأمراض الخطيرة.

## ما هي المخاطر التي لا تغطيها الوثيقة؟

الإستثناء الرئيسي هو أي مرض أو عجز موجود مسبقاً قبل التأمين.

لمعرفة كافة الإستثناءات والأحكام والشروط، يرجى الرجوع إلى مستند الوثيقة الخاص بنا.

## المخاطر المؤمن ضدها:

الوفاة الطبيعية	ر.ع 2,500
الوفاة بسبب حادث	ر.ع 5,000
العجز الكلي الدائم بسبب حادث ومرض (لأي مهنة، مؤجلة الدفع لمدة ستة أشهر)	ر.ع 5,000
العجز الجزئي الدائم بسبب حادث ومرض (وفق المقاييس الأوروبية)	ر.ع 5,000
المصاريف الطبية بسبب حادث -	
الحد الأقصى للتأمين	ر.ع 1,000
الإعادة إلى الوطن	ر.ع 750
تغطية 11 مرضاً خطيراً (وفق التغطية المذكورة في الوثيقة)	ر.ع 1,000
تكلفة الاستبدال	ر.ع 100

\*الحد الأقصى للسنة - حتى 50 سنة

## طلب تأمين خدم المنازل Application for Domestic Help Insurance

يرجى الإجابة على جميع الأسئلة بالكامل، مع ذكر كافة التفاصيل مع الإلتباه إلى أن الأخطاء قد تؤثر على حقتك في المطالبة  
Please answer all questions completely and accurately giving full details - failure could affect your right to claim

Name of Proposer/ Sponsor:

اسم طالب التأمين / الكفيل

.....

Address:

العنوان

.....

.....

Tel No:

Home: .....

رقم الهاتف : المنزل .....

Work: .....

العمل .....

Mobile: .....

النقال .....

Domestic Helper

اسم الخادم / الخادمة

.....

Nationality: .....

الجنسية .....

Date of Birth: .....

تاريخ الولادة .....

Passport/Work Permit No: ..... رقم جواز السفر / تصريح العمل

Sex:

Male

Female

أنثى

ذكر

الجنس

Height: .....

الطول .....

Weight: .....

الوزن .....

# Declaration of Good Health

# إقرار بالتمتع بصحة جيدة

## Health statement

## إفادة بالحالة الصحية

I hereby declare and certify that:

أقر وأشهد بموجبها بما يلي:

1. I am currently actively at work with no health restriction due to sickness or accident, and
2. Have not during the past 12 months been unable to work for more than 15 days due to sickness or accident, and
3. Have not been hospitalized for more than 5 days during the last 60 months, and
4. I do not intend to engage in hazardous activities (e.g. scuba diving) or fly other than as a passenger on scheduled services.
5. I have never been treated for nor am I currently under treatment for: high blood pressure, myocardial infarction, respiratory disease, renal disease, alimentary disorder, ulcer, nervous breakdown, slipped disc, paralysis, coma, diabetes, high cholesterol, tumour, cancer or any other serious illness or infirmity.
6. I have never been tested positive for HIV/AIDS or Hepatitis B or C, nor have I been tested/treated for other sexually transmitted diseases nor am I awaiting the result of such a test.

1. أعمل حالياً بكل نشاط وبدون أي قيود صحية بسبب مرض أو حادث، و
2. خلال فترة الـ 12 شهراً الماضية لم يحدث أنني لم أستطع العمل لفترة تزيد على 15 يوماً بسبب مرض أو حادث، و
3. لم أرفد في المستشفى لأكثر من 5 أيام خلال الـ 60 شهراً الماضية.
4. إنني لا أعزم القيام بأنشطة خطيرة (على سبيل المثال الغطس) أو الطيران إلا بصفتي مسافراً / مسافرة على رحلات محددة موعدها.
5. لم يسبق لي أن عولجت وولست حالياً خاضعاً / خاضعة للعلاج من الأمراض التالية: ارتفاع ضغط الدم، أو احتشاء عضلة القلب، أو الأمراض التنفسية أو أمراض الكلى، أو اضطرابات الجهاز الهضمي، أو الفرجة، أو الإنهيار العصبي، أو الإنزلاق الغضروفي، أو الشلل، أو الغيبوبة، أو السكري، أو ارتفاع الكوليسترول، أو الأورام السرطانية، أو أي مرض خطير آخر أو عجز.
6. لم يسبق أن جاءت النتيجة إيجابية لأي اختبار خضعت له لفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، أو التهاب الكبد الوبائي، بي أو سي. ولم تثبت إصابتي بأي أمراض منقولة جنسياً معدية أو سبق لي أن عولجت منها. ولست في انتظار نتيجة هذه الاختبارات.

Name, signature and date: .....

الإسم والتوقيع والتاريخ .....

Proposer's Signature: .....

توقيع طالب التأمين .....

Employee's Signature: .....

توقيع الخادم/الخادمة .....

Date: .....

التاريخ .....

I cannot certify the above and request Al Madina Insurance Company SAOG to provide me a medical questionnaire to clarify some points.

لا أستطيع الإقرار بما تقدّمه، وأطلب من شركة المدينة للتأمين ش.م.ع. ع.ت.ر.ويجيب بإستبيان طبي لكي أقوم بتوضيح بعض النقاط.

## Declaration

## إقرار

I/We hereby declare that I/we are familiar with the regulations of Takaful business written by Al Madina Insurance Co. S.A.O.G., and I/we agree to deal with the company accordingly.

أنا/ نحن نذكر نوائح أعمال التكافل حسب ما كتبه شركة المدينة للتأمين ش.م.ع.ع.أنا/ نحن نوافق على ما ذكر.

I/We do understand and agree that the information disclosed in this proposal will form the basis of Takaful contract.

أنا/ نحن نفهم ونوافق على كل ما ذكر في هذا الطلب الذي سيكون أساس العقد.

I/We also declare that the information and details mentioned in this proposal are correct and if proven otherwise in any respect, the Takaful contract will become null and void without any notice.

أنا/ نحن نعلن أيضاً بأن جميع التفاصيل المذكورة في هذا الطلب صحيحة وإن ثبت خلاف ذلك في أي وجه من الوجود فإن عقد التأمين يصبح باطلاً ولاغياً وبدون أي إشعار.

I/We agree to the terms, conditions including all exclusions of Takaful Contract and policy schedule which I/we have read carefully.

أنا/ نحن نوافق على جميع الشروط المذكورة بما في ذلك جميع الاستثناءات لعقد التأمين التكافلي وجدول الوثيقة التكافلي الذي أنا/ نحن قرأناه بدقة.

Date: ..... Signature of Proposer: .....

التاريخ .....

Signature of Proposer: .....

توقيع طالب التأمين .....

Company Seal: .....

ختم الشركة .....

The Takaful contract will not be in force until the proposal has been accepted by the company. This Takaful Contract is governed by the insurance regulations of Sultanate of Oman.

لن يكون عقد التأمين التكافلي ساري المفعول حتى يتم قبول الشركة لهذا الطلب ويخضع عقد التأمين التكافلي لموضوع الطلب لقوانين التأمين التكافلي في سلطنة عمان.