ALAHLIA for MEDICAL INSURANCE CO.LTD
الشـــركة الأهليـــة للتـأميـــن الطبـــي

Travel Insurance Request

طلب تأمين سفر

1. Personal Information

1. المعلومات الشخصية

Full Name		الإسم بالكامل
Gender		النوع
Nationality		الجنسية
Birth Date		تاريخ الميلاد
Passport Number		رقم جواز السفر
Mobile Number		رقم الهاتف
Permanent Address		العنوان الدائم

2. Travel Insurance Policy Details

2. بيانات وثيقة تأمين السفر

Insurance Duration		مدة التأمين (بالأيام)
Issuance Date		تاريخ بداية التأمين
Expiry Date		تاريخ نهاية التأمين
Destination		وجهة السفر

3. Required Docs

3. المستندات المطلوبة

Passport Copy — صورة من جواز السفر

Travel Ticket Copy — صورة من تذكرة السفر

Declaration:

إقــرار:

I Acknowledged that all above information are correct and under my responsibility:

أقر أن جميع المعلومات أعلاه صحيحة وعلى مسؤوليتي:

Name: .....

Date: / / 20

Signature:

Phone: +249-123038172