

## Declaration

## تعهد

Full Name	_____	مبدلاً الكامل
Employer	_____	تجهل معلماً
Passport Number	_____	مقر زواجاً
Phone Number	_____	مقر فتاهلاً
Mobile Number	_____	مقر فتاهلاً رحتملاك
Fax Number	_____	مقر س كافلاً
Email	_____	ديربلاً ينورتكللاً
Mailing Address	_____	ن اوزء ديربلاً
City	_____	تخيدملاً

I/We confirm that the declared data on the application form dated.....are accurate and complete; hence, Guardian Insurance Brokers are not liable for any missing or undeclared medical conditions.

(أنا/ نحن) أصرح عن نفسي ونيابة عن من أعيل، بأن المعلومات المقدمة من قبلي في الأستمارة المترخة..... كاملة وصحيحة. وبناء عليه، تعفى جارديان من أي مسؤولية اتجاه معلومات غير مصرح عنها. أقر بأنني على ادراك بأن عدم التصريح عن المعلومات المطلوبة أو تقديم معلومات خاطئة سوف يؤدي الى الغاء الوثيقة وعدم تغطية تكاليف العلاج عن الحالات الغير مصرح بها.

I/We understand that non-disclosure or misrepresentation of any material fact may invalidate the policy and deny coverage of any undeclared medical conditions

Date

التاريخ

Signature

التوقيع

