

## AUTHORIZATION

## تفويض

We .....  
the undersigned, authorized the person whose details are mentioned below, to submit the application and complete the requirements for license to carry on business of insurance to Capital Market Authority (CMA) on behalf of us, and to provide any information, data or documents required from CMA regarding the license. We also declare that we read and understand the all requirements to carry on business of insurance in the Sultanate of Oman which it's set on the insurance law and its executive regulations and the related decisions and seculars issued by the Capital Market Authority.

نفوض نحن/ .....  
والموقعون أدناه الشخص الموضحة بياناته أدناه، وذلك لتقديم الطلب واستكمال متطلبات الحصول على ترخيص لمزاولة أعمال التأمين لدى الهيئة العامة لسوق المال نيابة عنا، ولتوفير أي معلومات أو بيانات أو مستندات قد تطلبها الهيئة لغرض الترخيص، كما نقر بأننا اطلعنا على كافة المتطلبات والضوابط المنظمة لأعمال التأمين في سلطنة عمان والمنصوص عليها بقانون شركات التأمين ولائحته التنفيذية والقرارات والتعاميم ذات الصلة والصادرة عن الهيئة العامة لسوق المال.

Details of the person authorized to submit the application form and to complete the requirements for license to carry on business of insurance (Oman residents only)

بيانات الشخص المفوض بتقديم استمارة الطلب واستكمال متطلبات الترخيص لمزاولة أعمال التأمين لدى الهيئة (للمقيمين في سلطنة عمان فقط)

Full name of the authorized person		الاسم الكامل للشخص المفوض	
Gender <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	<input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى	الجنس <input checked="" type="checkbox"/>
Date of birth			تاريخ الميلاد
Nationality			الجنسية
ID no. (Omani or Residents) (copy to be attached)			رقم البطاقة المدنية (للعُمانيين أو المقيمين) (يجب إرفاق نسخة من الهوية)
Citizenship			بلد الإقامة
Address	P.O.Box		ص.ب
	Postal code		الرمز البريدي
	Are/City		المدينة
	Country		الدولة
Telephone no.		رقم الهاتف	
Fax no.		رقم الفاكس	
E-mail		البريد الإلكتروني	
The relationship with the applicants		الصلة التي تربطه مع مقدم الطلب	

Signature of authorized person

توقيع الشخص المفوض

Name & signature of authorized person in the company		اسم وتوقيع الشخص المفوض بالشركة	
Name			الاسم
Signature & stamps			التوقيع والختم
Date			التاريخ
This authorization issued by <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Founders (individual) <input type="checkbox"/> by a decision from board of directors (copy to be attached)	<input type="checkbox"/> المؤسسين (الأفراد) <input type="checkbox"/> بقرار من مجلس الإدارة (يجب إرفاق نسخة من القرار)	هذا التفويض صادر من <input checked="" type="checkbox"/>