

INFORMATION AND INDEMNITY FORM		EXPECTANT MOTHERS		
		MOTHER'S HEALTH CONDITIONS:	Normal:	عادية:
A	NAME / INITIALS :	اسم الراكبة:		
	PHONE NO. OF PASSENGER :	رقم الهاتف:		
	PASSPORT NO. & NATIONALITY :	رقم جواز السفر والجنسية:		
	ADDRESS :	العنوان:		
B	PROPOSED ITINERARY (airline(s).	خط السير المقترح		
	flight number(s), class(es), segment(s)	رقم الرحلة/الدرجة/القطاع		
	reservation status of continuous air journey.	حالة الحجز للرحلة		
C	Confinement Expected:	تاريخ الوضع:		
D	Complications During Pregnancy	YES <input type="checkbox"/> نعم	NO <input type="checkbox"/> لا	مشاكل اثناء فترة الحمل :
E	Previous Multiple Births	YES <input type="checkbox"/> نعم	NO <input type="checkbox"/> لا	ولادة توأم سابقا :
F	Medical Clearance	Not Required <input type="checkbox"/> غير مطلوبة	Required <input type="checkbox"/> مطلوبة	الشهادة الصحية :

أقر انا الموقعة أدناه السيدة / بصحة البيانات المذكورة أعلاه، وايضا اقر بأن لا تتحمل مؤسسة الخطوط الجوية الكويتية او اى من موظفيها او وكلائها اية مسؤولية تترتب عن عدم صحة هذه البيانات والأضرار التي تلحق بي او حدوث مشاكل او مضاعفات نتيجة سفرى ، واتعهد بتعويض المؤسسة المذكورة عن الأضرار التي تلحق بها وأدفع لها كافة المصروفات التي تنكبدها نتيجة لذلك ، وانه فى حالة السفر أتحمّل كافة المسؤولية المترتبة عن ذلك واتعهد بقبول تطبيق القواعد والنظم المعمول بها لدى مؤسسة الخطوط الجوية الكويتية بهذا الشأن .

التوقيع:

التاريخ:

المكتب:

I, the undersigned Do hereby declare that all particulars mentioned above are correct and that neither KAC nor any of its employees or agents shall bear responsible for the incorrectness of these particulars as well as the damages suffered by me, occurrence of problems or complications resulting from my travel.

I do, further, undertake to indemnify KAC against damages occurred to me and to pay to it all expenses sustained as a result thereof. I do, also, undertake to bear full responsible resulting from my travel and to accept the application of the prevailing rules and regulations of KAC in this respect

Place/Station

Date:

Passenger's Signature