

Medical Insurance Proposal Form

نموذج طلب تأمين طبي

APPLICANT'S DETAILS				بيانات مقدم الطلب
Entity Name		اسم المنشأة		
CR No.	رقم السجل	Sponsor No.	رقم الكفيل	Nature of Business
WASEL ADDRESS		عنوان المنزل عنوان العمل		
Building No.	رقم المبنى	HOME ADDRESS/ HEAD OFFICE ADDRESS	رقم المبنى	
Additional Code	الرمز الإضافي	Region	المنطقة	
Region	المنطقة	City	المدينة	
City	المدينة	Postal Code	الرمز البريدي	
Postal Code	صندوق البريد	Additional Code	الرمز الإضافي	
P.O.Box	الرمز البريدي	Unit No.	رقم الوحدة	
		Street	الشارع	
		District	الحي	

INSURANCE COORDINATOR DETAILS		معلومات مسؤول التأمين
Email	البريد الإلكتروني	Name
Job Title	المسمى الوظيفي	Mobile
ID No.		رقم الهوية
Signature of Insurance Coordinator		توقيع مسؤول التأمين المعتمد

PLEASE PROVIDE THE FOLLOWING DOCUMENTS		الرجاء تزويدنا بالمستندات المطلوبة
Members data on excel (As per attached Format), Are you currently/ previously insured for Medical Insurance?		معلومات الأعضاء في ملف إكسل (كما هو مرفق) هل لديك تأمين طبي حالياً/ سابقاً
If Yes, then please provide 3 years claim experience as per (Attached) SAMA format.		إذا كان الجواب نعم يرجى تزويدنا بسجل الخسائر المعتمد ٣ سنوات من ساما.
<div>Benefits and limits As per CCHI standard</div> <div>VVIP</div> <div>VIP+</div> <div>VIP</div> <div>A</div> <div>B</div> <div>C</div> <div>التغطيات و الحدود وفقاً لمعايير مجلس الضمان الصحي</div>		
Please attach separate sheet in case you require additional benefit other than Standard CCHI benefits.		يرجى إرفاق ورقة منفصلة في حال كنت بحاجة إلى منافع إضافية بخلاف المنافع القياسية.
Name of Business Source		اسم الوسيط \ الوكيل \ المسوق

NUMBER OF BANK ACCOUNT		رقم الحساب البنكي
The Bank that you are dealing with		إسم البنك الذي تتعامل معه
IBAN No.	SA	رقم الحساب (أي بان)

UNDERTAKINGS		الإقرار و التفويض
We hereby declare that the statements made by us in this proposal are to the best of our knowledge, complete and true and we hereby agree that this form shall constitute and forming part of policy issued in connection with the above risk. Aljazira Takaful Ta'awuni Co. has the right to inspect and investigate the medical record with any medical provider as deemed appropriate and necessary.		بهذا نقر بأنه على حد علمنا وإعتقادنا بأن المعلومات و البيانات المعطاة بواسطتنا في هذا الطلب صحيحة و كاملة. و نوافق على أن هذا الطلب يمثل أساس التعاقد ويشكل جزءاً أصيلاً من وثيقة التأمين فيما يختص بالخطر المذكور أعلاه. ولشركة الجزيرة تكافل تعاوني الحق في فحص و تحقيق السجلات الطبية لدى أي طبيب أو مزود خدمة متى ما كان ذلك ضرورياً.

ENTITY		الموظف
Name Authorized person of the Company/ Employer		اسم الشخص المفوض بالتوقيع نيابة عن المنشأة
Signature and Stamp		التوقيع و الختم
Date		التاريخ