

طلب تكافل طبي جماعي

ملحق رقم (أ)

مهم: الرجاء عدم إغفال أي معلومة مطلوبة

| إسم الجهة طالبة التأمين: | | | | |
|--|--|-----------------------|---|---|
| عنوان الجهة طالبة التأمين: | | | | |
| الولاية: | المدينة: | المنطقة/الحي: | | |
| المربع: | رقم العقار: | | | |
| التلفون (1): | التلفون (2): | | | |
| الفاكس: | الفاكس (2): | | | |
| هل لديكم تأمين طبي حالياً: | نعم | لا | | |
| نوع التغطية الإختيارية المطلوبة: | أذكر اسم شركة التأمين السابقة / الحالية: | | | |
| تغطية الاسنان: | تغطية النظر: | تغطية الحمل والولادة: | | |
| العدد الكلي لمنسوبي مؤسستكم | عدد الموظفين | عدد الموظفين | | |
| هل كل منسوبيكم سيتم التأمين عليهم؟ | نعم: | لا: | | |
| وضح الاسباب إذا كانت الإجابة لا: | | | | |
| هل كل موظفيكم (الذين سيتم تأمينهم) يعملون لديكم على أساس التفرغ الكامل وتمت تغطيتهم ضمن برنامج الضمان الاجتماعي؟ | | | | |
| هل يتحمل الموظف كل أو جزء من الأقساط (نرجو توضيح طريقة تمويل الأقساط): | | | | |
| هل تم رفض طلب تأمينكم أو تجديد تأمينكم من شركة تأمين من قبل؟ إذا أجبت بنعم ما هي الاسباب؟ | | | | |
| أذكر عدد الافراد المطلوب تأمينهم (الأسر تتبع للموظف في الفئة): | | | | |
| البيان | VIP | A | B | C |
| عدد الموظفين | | | | |
| عدد الموظفين | | | | |
| عدد زوجات الموظفين | | | | |
| عدد أزواج الموظفين | | | | |
| عدد الأبناء | | | | |
| عدد الوالدين | | | | |
| الجملة | | | | |

بعد قبول طلب التأمين يقدم المشترك كشفاً تفصيلياً يوضح أسماء المستفيدين المطلوب تغطيتهم تأمينياً حسب درجة الخدمة (الطبية التأمينية) المبينة أعلاه.

بيانات خاصة بالمسئول عن الجهة طالبة التأمين

| | |
|---|----------------|
| الإسم: | الوظيفة: |
| تلفون/ موبايل : | |
| إقرار | |
| أقر أنا الموقع أدناه نيابة عن أن البيانات الواردة في هذا الطلب حقيقية و كاملة وأن المشترك يتحمل تبعات ومسئولية صحة ما وردت فيها إذا ثبت انه غير صحيح. وهي تجعل العقد باطلاً وتسقط حقوقنا في أى أو كل المطالبات أو قد تؤدي إلى إلغاء العقد، وأجيز للشركة المتخصصة للتأمين الطبي الاستفسار عن أى معلومات طبية من أى جهة طبية أو شركة تأمين فيما يتعلق بعلاج أو تشخيص أى حالة طبية، وأوافق أن يكون هذا الطلب وأى مطلوبات تطلبها الشركة أساس لعقد التأمين . | |
| الشخص المسئول في الجهة طالبة التأمين: | |
| التوقيع: | |
| الوظيفة: | |
| التاريخ: | |
| الختم | |
| لن تكون الشركة مسؤولة عن هذا التأمين حتى يتم قبول طلب التأمين و الإقرار الطبي وإعطاء الجهة طالبة التأمين مايفيد بذلك وسداد الدفعة الأولى من أقساط التأمين. | |