

طلب تكافل طبي جماعي

(إستمارة المستفيد ومن يعولهم)

الجهة طالبة التأمين (المشترك):

(المعلومات الشخصية عن المستفيد وأسرته): الرجاء عدم إغفال أي معلومة مطلوبة

إشترك جديد إضافة إسم المستفيد (رباعي): الجنس : ذكر أنثى تاريخ الميلاد: الحالة الإجتماعية: عازب متزوج أرمل مطلق

المهنة: طبيعة العمل: الرقم الوطني:

عنوان السكن: التلفون:

فئة التغطية: VIP A B C

أفراد الأسرة المكفولين:

يجب إرفاق الرقم الوطني للموظف وجميع أفراد أسرته

العلاقة	إسم المكفول	الجنس	تاريخ الميلاد	إسم المكفول	الجنس	تاريخ الميلاد
الوالدين			/ /			/ /
			/ /			/ /
الزوجة/الزوج			/ /			/ /
الأبناء			/ /			/ /
			/ /			/ /
			/ /			/ /
			/ /			/ /
			/ /			/ /
			/ /			/ /
			/ /			/ /

إقرار

أنا المستفيد من التأمين أقر بأن المعلومات المذكورة أعلاه والمتعلقة بي وبأفراد أسرتي صحيحة ومطابقة للواقع وأؤكد بأنني لم أخفي أي معلومة متعلقة بهذا الطلب أعلم بها، وإنني أتفهم وأدرك بأن أي معلومة أو إفادة غير صحيحة أو ناقصة قد تؤدي إلي حرمانني من المزايا التي أتمتع بها بموجب هذه الوثيقة.

توقيع المشترك: التاريخ: