سوليدرتي SOLIDARITY

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	نشاط المنشأة

WASEL ADDRESS — عنوان واصل

Building No.	رقم المبنى
Additional Code	الرمز الإضافي
Region	المنطقة
City	المدينة
Postal Code	صندوق البريد
P.O.Box	الرمز البريدي

HOME ADDRESS/ HEAD OFFICE ADDRESS — عنوان المنزل عنوان العمل

Building No.	رقم المبنى
Region	المنطقة
City	المدينة
Postal Code	الرمز البريدي
Additional Code	الرمز الإضافي
Unit No.	رقم الوحدة
Street	الشارع
District	الحي

INSURANCE COORDINATOR DETAILS — معلومات مسؤول التأمين

Email	البريد الالكتروني
Job Title	المسمى الوظيفي
Name	الاسم
Mobile	رقم الجوال
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? No ☐ لا Yes ☐ نعم

If Yes, then please provide 3 years claim experience as per (Attached) SAMA format.

معلومات الأعضاء في ملف إكسل (كما هو مرفق)
هل لديك تأمين طبي حالياً\سابقاً

إذا كان الجواب نعم يرجى تزويدنا بسجل الخسائر المعتمد ٣ سنوات من ساما.

Benefits and limits As per CCHI standard	VVIP	VIP+	VIP	A	B	C	التغطيات و الحدود وفقاً لمعايير مجلس الضمان الصحي

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. Solidarity Saudi Takaful Co. has the right to inspect and investigate the medical record with any medical provider as deemed appropriate and necessary.

بهذا نُقر بأنه على حد علمنا وإعتقادنا بأن المعلومات و البيانات المعطاة بواسطتنا في هذا الطلب صحيحة و كاملة. و نوافق على أن هذا الطلب يُمثل أساس التعاقد ويشكل جزءاً أصيلاً من وثيقة التأمين فيما يختص بالخطر المذكور أعلاه. ولشركة سوليديرتي السعودية للتكافل الحق في فحص و تحقيق السجلات الطبيَّة لدى أي طبيب أو مزوِّد 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