

طلب تأمين صحي HEALTH INSURANCE APPLICATION FORM

1. CLIENT DETAILS

1. تفاصيل العميل:

Client Name:	اسم العميل:	OFFICE USE ONLY	إستمعان الشركة فقط
Nature of business:	طبيعة العمل:	Quote Ref.:	رقم العرض:
Contact Person:	اسم الشخص المسئول:	Date Received:	تاريخ الإستلام:
P.O. Box:	صندوق البريد:	Date Quoted:	تاريخ العرض:
Zip Code:	الرمز البريدي:	Mobile No.:	رقم الجوال:
City:	المدينة:	Email:	البريد الإلكتروني:
Tel. No.	هاتف:	Sponsor No.:	رقم الكفيل:
Fax No.	فاكس:	(for the purpose of uploading to CCHI system)	(لغرض الإضافة إلى مجلس الضمان الصحي التعاوني)

2. EXISTING COVERAGE DETAILS

2. تفاصيل التغطية المتوفرة حالياً:

a) Is there any existing medical scheme for employees ?	Answer:	الإجابة:	(أ) هل تتوفر طغية صحية حالية للموظفين؟
b) If a). Is Yes, is the scheme Insured ?	Answer:	الإجابة:	(ب) إذا كانت (أ) نعم، هل هذه التغطية مؤمنة؟
c) If b). Is Yes, please state current insurer			(ج) إذا كانت (ب) نعم، الرجاء ذكر اسم شركة التأمين؟
d) If b). Is Yes, please state if the membership of your scheme compulsory or optional to employees and dependents?	Answer:	الإجابة:	(د) إذا كانت (ب) نعم، الرجاء ذكر إذا كان الإشتراك بالتغطية إجباري أو اختياري للموظفين والمعالين؟
Note: Please provide any claims experience available for any of the above coverages.			
ملاحظة: الرجاء توفير تفاصيل عن مصاريف المطالبات السابقة المحققة لأي من التغطيات المذكورة أعلاه			

3. MEMBERSHIP DETAILS

3. تفاصيل الأعضاء:

We require the following details for all persons to be covered:	الرجاء توفير المعلومات التالية للأشخاص المراد تغطيتهم:
1. Name.	1. الإسم.
2. Date of birth.	2. تاريخ الميلاد.
3. Iqama Number.	3. رقم الإقامة.
4. Location (Central Province, Eastern Province...etc.)	4. الموقع (المنطقة الوسطى، الشرقية... الخ).
5. Nationality.	5. الجنسية.
6. Gender.	6. الجنس.
7. Marital Status	7. الحالة الإجتماعية.
8. Relationship.	8. طبيعة العلاقة.
9. Class required.	9. الفئة المرغوبة.
10. Sponsor Number.	10. رقم الكفيل.
Please provide a copy of your own records or complete the table on the final page in excel format and answer the questions below.	الرجاء توفير المعلومات من بياناتكم الخاصة، أو تعبئة النموذج المرفق في الصفحة الأخيرة من خلال برنامج تطبيقات الإكسل، بالإضافة إلى الإجابة على الأسئلة التالية.
Client must provide copy of company CR and Passport Printout	توفير صورة عن السجل التجاري للشركة إضافة إلى قائمة المعقولين الصادرة من الجوازات

4. ADDITIONAL INFORMATION

4. معلومات إضافية

a) Are there any person over aged 55 to be covered ?	Answer:	الإجابة:	(أ) هل يوجد أي شخص يتجاوز عمره 55 سنة؟
b) If a) is Yes, please advise number of persons			(ب) إذا كانت (أ) نعم، الرجاء تحديد عدد الأشخاص
			(ج) هل سوف يتم تغطية أي شخص تحت هذا التأمين:
c) Is there any person to be covered by this insurance:	Answer:	الإجابة:	ج.1. منوم أو يوشك على أن يقوم في أي من المستشفيات؟
c.1. Receiving or about to receive treatment as a hospital inpatient ?	Answer:	الإجابة:	ج.2. تلقى أو على وشك أن يتلقى علاج لأمراض مزمنة (مثل فشل كلوي، مرض في القلب، فشل في الكبد، الحمى الشوكية)؟
c.2. Receiving or about to receive regular treatment for a chronic medical Condition (for example kidney failure, heart disease, liver failure, hepatitis)?	Answer:	الإجابة:	
If Yes, please provide further details:			إذا كانت الإجابة نعم، الرجاء ذكر التفاصيل:

5. AGE DETAILS

5. تفاصيل الأعمار

Kindly arrange to fill in the number of employees per band:

الرجاء تعبئة أعداد الموظفين حسب كل فئة عمرية:

Age Band	VIP	A	B	C	C/RF	فئة العمر
0-17						0-17
18-35						18-35
36-45						36-45
46-55						46-55
56-60						56-60
61-65						61-65

Kindly arrange to fill in the number of spouse per band:

الرجاء تعبئة أعداد الزوجات حسب كل فئة عمرية:

Age Band	VIP	A	B	C	C/RF	فئة العمر
0-17						0-17
18-35						18-35
36-45						36-45
46-55						46-55
56-60						56-60
61-65						61-65

Kindly arrange to fill in the number of children per band:

الرجاء تعبئة أعداد الأطفال حسب كل فئة عمرية:

Age Band	VIP	A	B	C	C/RF	فئة العمر
0-17						0-17
18-35						18-35
36-45						36-45
46-55						46-55
56-60						56-60
61-65						61-65

6. COVERAGE REQUIREMENTS

6. متطلبات التغطية

	VIP	A	B	C	C/RF	
OVERALL MAXIMUM BENEFIT (Minimum applicable SR. 250,000/-)						حد المنفعة القصوى (الحد الأدنى 250,000 ريال سعودي)
INPATIENT SERVICES Room and Board basis (Suite / Private / Semi Private / Shared)						خدمات التنويم الغرفة (جناح / خاصة / خاصة لشخصين / مشتركة)
MATERNITY (Minimum overall limit SR. 10,000/-)						الحمل والولادة (الحد الأدنى 10,000 ريال سعودي)
DENTAL (Minimum overall limit SR. 2,000/-)						الأسنان (الحد الأدنى 2,000 ريال سعودي)
OPTICAL (Minimum overall limit SR. 250/-)						العيون (الحد الأدنى 250 ريال سعودي)

Declaration by authorised representative

إقرار من قبل الشخص المصرح

We hereby request a quotation for Medical Insurance programme and declare that to the best of our knowledge the information provided herein is true and complete

يرجى عمل عرض أسعار لبرنامج التأمين الصحي وبهذا نقر بأن المعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة.

Name: _____ الإسم:

Date: _____ التاريخ: