

## طلب تأمين برامج بلسم للمجموعات

1/2

### بيانات طالب التأمين

اسم الشركة: \_\_\_\_\_ النشاط التجاري: \_\_\_\_\_  
 رقم السجل التجاري: \_\_\_\_\_ الرجاء ذكر أية سجلات تجارية للشركة إن وجدت: \_\_\_\_\_  
 رقم هوية الكفيل: \_\_\_\_\_ الرجاء ذكر أرقام كفلاء آخرين للشركة إن وجدت: \_\_\_\_\_  
 رقم الهاتف: \_\_\_\_\_ رقم الفاكس: \_\_\_\_\_  
 **بريد واصل** المنطقة: \_\_\_\_\_ المدينة: \_\_\_\_\_ الحي: \_\_\_\_\_ الشارع: \_\_\_\_\_  
 رقم المبنى: \_\_\_\_\_ رقم الوحدة: \_\_\_\_\_ الرمز البريدي: \_\_\_\_\_ الرمز الإضافي: \_\_\_\_\_  
 **البريد العادي** المدينة: \_\_\_\_\_ ص.ب: \_\_\_\_\_ الرمز البريدي: \_\_\_\_\_  
**مسؤول الاتصال:**  
 الاسم: \_\_\_\_\_ الوظيفة: \_\_\_\_\_ رقم الهاتف: \_\_\_\_\_  
 رقم الجوال: \_\_\_\_\_ البريد الإلكتروني: \_\_\_\_\_ تويتر: \_\_\_\_\_  
 الشخص المخول بتوقيع العقد: \_\_\_\_\_

### بيانات المجموعة

في الجدول التالي، يرجى تحديد فئة المنفعة والفئة الوظيفية للمنفعة، كما يرجى تحديد برامج بلسم المطلوبة لكل فئة:

الفئة	الاختيار	برامج بلسم		
		بلسم مباشر	بلسم	بلسم الذهبي
الفئة 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
الفئة 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
الفئة 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• هنالك خيارات تحمل إضافية متاحة عند الطلب.  
 يرجى اختيار إحدى شبكات مقدمي الخدمة لكل فئة:

الفئة	الفئة 1 -	الفئة 2 -	الفئة 3 -
شبكات مقدمي الخدمة			

ملحوظة: يوجد هنالك تسعة (9) شبكات لمزودي الخدمة كخيارات برامج بلسم.

يرجى الرجوع إلى جدول منافع بلسم وقائمة مقدمي الخدمة.

أ. بيان المطالبات السابقة: المطالبات السابقة المقدمة لأي شركة تأمين أخرى سبق لكم التأمين لديها

إذا كانت الإجابة بـ "نعم" الرجاء تقديم تقرير بالمصاريف الطبية للسنتين الماضيتين. وإذا كانت الإجابة بـ "لا"، الرجاء تحديد الأسباب

نعم

لا  السبب:  تأمين جديد.

لم يتم تزويدي ببيان المطالبات من قبل شركة التأمين السابقة.

هل لديك تأمين صحي سابق من التعاونية؟  نعم  لا

إذا كانت الإجابة بنعم الرجاء ذكر رقم الوثيقة: \_\_\_\_\_

هل يتضمن هذا الطلب التأمين على جميع موظفيك وعوائلهم؟  نعم  لا

### نموذج عرض أسعار

من أجل ضمان حصولكم على عرض أسعار مناسب يرجى تحديد المصدر، الشخص، الشركة التي ترغبون أن تمثلكم: \_\_\_\_\_

هل لديك أية وثيقة أو عرض أسعار ساري المفعول لدى التعاونية؟  نعم  لا

الرجاء ذكر تفاصيل العرض، اسم المصدر ورقم الاتصال إن وجد: \_\_\_\_\_

هل سبق لك تعيين مصدر بالتعاونية لإصدار تأمين لكم؟  نعم  لا

الرجاء ذكر اسم المصدر ورقم الاتصال إن وجد: \_\_\_\_\_

7-2018VI.MD-5

أقر وأوافق أنا الموقع أدناه بالأصالة عن نفسي وبالنيابة عن جميع المطلوب التأمين عليهم (المستفيدين) على ما يلي:

1. بصفتي كفيلاً أو وكيلًا لكفيل المذكورين في هذا الطلب أفضو التعاونية للتأمين بإصدار وثيقة تأمين طبي بأسمائهم بعد الموافقة على عرض الأسعار المقدم من التعاونية.
2. أنه على حد علمي واعتقادي، فإن المعلومات المعطاة في هذا البيان، سواء كانت بخطي أم لا، هي صحيحة وكاملة، وأنني لم أحرف أو أكتتم أية حقيقة جوهرية. (الحقيقة الجوهرية هي تلك التي يُحتمل أن تؤثر في قرار التعاونية في قبول أو تقييم طلب التأمين. وإذا كان هناك شك في أن حقيقة ما جوهرية أم لا، فيجب الإفصاح عنها).
3. أنه لن يكون هناك أي إلتزام على التعاونية بموجب وثيقة التأمين التي قد تُصدرها، بتعويض أي مصاريف طبية متكبدة عندما لا تكون مغطاة، أو تلك التي تتجاوز حدود وثيقة التأمين، وسأكون شخصياً مسؤولاً عن تعويض التعاونية عن أي من تلك المصاريف.
4. إنني أخول بهذا البيان أي ممثل للتعاونية بفحص وتدقيق السجلات الطبية لدى أي طبيب أو مستشفى أو مركز طبي والمتعلقة بأي شخص مطلوب التأمين عليه (مستفيد).
5. إنني أدرك أن التغطية التأمينية لن يسري مفعولها إلا بعد أن يكون قد تم دفع الإشتراك للتعاونية واستلامها له أو حسب ما هو مُحدد في وثيقة التأمين.
6. أقر بموافقتي على قيام شركة التعاونية للتأمين بالاطلاع على المعلومات الخاصة بمنسوبينا وأية معلومات مرتبطة برقم وزارة الداخلية الخاص بي والموجودة في مركز المعلومات الوطني بوزارة الداخلية والمؤسسة العامة للتأمينات الاجتماعية.
7. سوف تصدر وثيقة التأمين على أساس الأحكام والشروط المنصوص عليها في الوثيقة وبافتراض أن الموقع أدناه قد اطلع على حدود التغطيات والأحكام والشروط والاستثناءات المنصوص عليها بموجب طلب التأمين هذا. وللموقع أدناه الحق الكامل في الامتناع عن التوقيع ما لم يكن ملماً تماماً بحدود التغطيات والأحكام والشروط.

الاسم: \_\_\_\_\_ الصفة: \_\_\_\_\_

التاريخ: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ توقيع طالب التأمين (حامل الوثيقة): \_\_\_\_\_

ختم المؤسسة/الشركة:

\* تخضع منتجات التأمين التي توفرها شركة التعاونية للتأمين لضريبة القيمة المضافة، فيما عدا تأمين الحياة (التكافل)، حيث تضاف نسبة 5% للأقساط والرسوم الإدارية لجميع الوثائق الصادرة ابتداءً من 1 يناير 2018.

## لاستعمال التعاونية فقط

اسم المصدر المفوض: \_\_\_\_\_ الرمز: \_\_\_\_\_ التوقيع والختم: \_\_\_\_\_