

Proposal Request Form Cooperative Group Health

طلب تأمين طبي للشركات بحسب نظام الضمان الصحي الإلزامي

| | | |
|------------------------------------|--|--|
| Policy Holder Name: | | اسم صاحب الوثيقة: |
| Person in Charge: | | الشخص المسؤول: |
| Telephone / Mobile No.: | | رقم الهاتف / الجوال: |
| P.O. Box: | | ص. ب رقم: |
| City & Postal Code: | | المدينة و الرمز البريدي |
| Commercial Registration Number: | | رقم السجل التجاري |
| Sponsor ID Number: | | رقم الكفيل |
| Nature of Business: | | طبيعة العمل: |
| E-mail Address: | | عنوان البريد الإلكتروني: |
| Fax: | | رقم الفاكس: |
| Required Insurance effective date: | | الموعد المطلوب لبدء التغطية التأمينية: |
| Number of members for insurance: | | عدد الأفراد المطلوب تأمينهم: |

Member Information:

معلومات العضو

| | |
|--|---|
| Please provide member data on Excel file (format attached) including following information: | الرجاء تزويدنا ببيانات العضو على ملف أكسل (مرفق الصيغة) تتضمن المعلومات التالية: |
| - Name | - الاسم |
| - ID (IQAMA or Saudi ID or Border No.) | - الهوية (إقامة أو هوية سعودية) |
| - Date of birth: dd/mm/yyyy | - تاريخ الميلاد: السنة / الشهر / اليوم |
| - Nationality | - الجنسية |
| - Member Type (Primary/Dependent) | - نوع العلاقة (موظف/ة - زوج/ة - طفل/ة) |
| - Relation Type (Employee/Spouse/Children) | - الجنس (ذكر - أنثى) |
| - Gender (Male/Female) | - الحالة الاجتماعية |
| - Marital Status (Married/Single/Divorced/Separated/Widowed) | - (متزوج/ة - أعزب/عزباء - مطلق/ة - منفصل/ة - أرمل/ة) |
| - Benefit Class | - فئة المنفعة |
| - Occupation | - المسمى الوظيفي |
| - Location (city) | - الموقع (المدينة) |
| - Sponsor ID | - رقم الكفيل |
| Note: Premium Rates for Employees/Spouses exceeding age 65 subject to Health Declaration satisfactory to Insurance Co. | ملاحظة: أسعار الموظفين / الزوجات الذين تتجاوز أعمارهم سن 65 عاماً تحدد بناءً على خطاب الحالة الصحية المقدمة لشركة التأمين |

Claim Information:

معلومات الخسائر:

| | | | |
|--|--|--|---|
| Are you currently/previously insured for Medical Insurance? If Yes, then please provide claim experience as per (attached) SAMA format. | <input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> No لا <input type="checkbox"/> | هل لديك حالياً/سابقاً تأمين طبي؟ إذا كانت الإجابة "نعم" يرجى تزويدنا بكشف الخسائر كما هو (مرفق) صيغة ساما: |
|--|--|--|---|

Benefits and Limits:

المنافع والحدود:

| | Class Type (الفئة) | | | | | | | | | |
|--|---|----|----|----|---|----|---|----|-----|------|
| | C3 | C2 | C1 | B3 | B | B+ | A | A+ | VIP | VVIP |
| Standard CCHI Cover التغطية الموحدة لمجلس الضمان الصحي | | | | | | | | | | |
| Additional cover/benefit limits إضافة تغطية/حدود منفعة | | | | | | | | | | |
| Please attach separate sheet, in case you require additional benefit other than Standard CCHI benefits | يرجى إرفاق صفحة مستقلة، في حال تم طلب منفعة إضافية غير المنافع الموحدة من مجلس الضمان الصحي | | | | | | | | | |

Deductible / Coinsurance type:

نوع التحمل / الإستقطاع

| Deductible التحمل | Class Type (الفئة) | | | | | | | | | |
|---|--------------------|----|----|----|---|----|---|----|-----|------|
| | C3 | C2 | C1 | B3 | B | B+ | A | A+ | VIP | VVIP |
| 20% max. SR. 100 | | | | | | | | | | |
| If other, please specify إذا أخرى يرجى التحديد | | | | | | | | | | |

DECLARATION

| Please declare if you have any member(s) who is diagnosed and/or under treatment for : | Yes نعم | No لا | الرجاء التوضيح إذا كان هناك أي من الأعضاء ممن تم له تشخيص و / أو يعالج من : |
|---|------------|----------|---|
| Pregnancy | | | حمل |
| Cancer, Autism Or Alzheimer's disease | | | سرطان، التوحد أو الزهايمر |
| Kidney Failure/ Dialysis | | | فشل كلوي/ غسيل كلوي |
| Hepatitis, Diabetes, Heart disease Or Other Major diseases | | | إلتهاب الكبد والسكري وأمراض القلب أو أي أمراض أخرى |
| Any physical impairment Or disability | | | أي إعاقة جسدية أو حركية |
| Please declare if you have any member(s) who has been Advised and awaiting for any Surgery. | | | الرجاء التوضيح إذا كان هناك أي من الأعضاء ممن لديه إشعار بـ أو ينتظر أي عملية جراحية. |
| If any of the above questions is answered "YES" then please provide details on a separate sheet. إذا تمت الإجابة على أي من الأسئلة أعلاه بـ (نعم) بناء عليه نرجوا تزويدنا بتفاصيل على ورقة مستقلة. | | | |

We hereby declare that the statements made by us in this Questionnaire and Proposal are, to the best of our knowledge and belief, complete and true, and we hereby agree that this forms the basis and is part of any policy issued in connection with the above risk.

It is agreed that the Insurers are liable in accordance with the terms of the Policy only and that the Insured will not lodge any other claims of whatever nature.

Based on the CCHI regulations and rules, it is compulsory to add all members of the group who are not currently insured from the inception date of the policy. The issuance of the policy is based on the addition of all members under the group who are not currently insured.

The insurers undertake to treat this information in strict confidence.

Date: _____ Stamp: _____

Signature of Proposer: _____

أقر/ نقر بموجب هذا أن الإجابات والتفاصيل المعطاة في هذا الطلب هي حسب أفصح علمي/ علمنا واعتقادي/ اعتقادنا كاملة وصحيحة. ومن المتفق عليه أن هذا الطلب سيشكل أساساً وجزءاً لا يتجزأ لأي وثيقة مصدرة لتغطية الخطر المذكور أعلاه.

ومن المتفق عليه أيضاً أن المؤمن مسؤول فقط عن المطالبات المعطاة في وثيقة التأمين وأن المؤمن لا يقوم بتقديم أية مطالبات أخرى من أي نوع.

يجب إضافة كافة الأفراد التابعين للشركة والذين لا يملكون تأمين ساري المفعول من تاريخ ابتداء الوثيقة بدون أي استثناء حسب تعليمات مجلس الضمان الصحي. وسوف يتم إصدار الوثيقة فقط في حالة إضافة جميع المنسوبيين الذين لا يملكون تأمين ساري المفعول.

ويتعهد المؤمن بمعاملة هذه المعلومات بمنتهى السرية.

التاريخ: _____ الختم: _____

توقيع طالب التأمين: _____

| To be filled by business owner (M.R./Agent/Broker, if any): | | تعباً بواسطة (المسوق، الوكيل، الوسيط، أو أخرى): | |
|---|-------|---|-------|
| Name of Business Source: | _____ | المصدر: | _____ |
| Source Code No.: | _____ | Date: | _____ |
| رقم المصدر | _____ | التاريخ | _____ |
| | | Signature | _____ |
| | | التوقيع | _____ |