

Information Correction/ Reissuance of Lost Card Form تعديل المعلومات / إصدار بطاقة بدل فاقد

To : Malath Cooperative Insurance & Reinsurance Company

الى: شركة ملاذ للتأمين وإعادة التأمين التعاوني

This is to confirm our request for Information Correction/ Re-issuance of cards for the following employee(s)/dependent(s) in our medical policy as per the following details:

Company Name:		Policy Number		Request Date: 02/08/2015 تاريخ الطلب	
Staff # متسلسل	Name الاسم	Medical Insurance ID # رقم بطاقة التأمين	ID NO#	Category/ Class الفئة	Reason/ Justification Or Correction Required مسيبات التعديل / التعديل المطلوب
1					
2					
3					

Requirements: (Please tick the fields)	المتطلبات الرئيسية (الرجاء اختيار الحقل)
<input type="checkbox"/> Original Medical Card Issued by Malath (in case of Information Correction)	<input type="checkbox"/> بطاقات التأمين الصادرة من قبل شركة ملاذ (في حال تعديل معلومات)

For Malath Use Only:

Source Name		Received Date		Processed By:		Completion Date:	
-------------	--	---------------	--	---------------	--	------------------	--