MEDGULF
THE MEDITERRANEAN & GULF COOPERATIVE INSURANCE & REINSURANCE CO. (S.J.S.C)

ميدغلف
شركة المتوسط والخليج للتأمين وإعادة التأمين التعاوني (ش.م.س)

طلب عرض أسعار تأمين صحي

في حالة الموافقة على الطلب، فسوف يتم اعتباره جزءاً من الوثيقة.

تاريخ الطلب / /

(أ)

نموذج الطلب

١ اسم العميل

٢ العنوان - المدينة | المنطقة

٣ اسم الشارع | اسم المبنى | الدور

٤ الهاتف | الفاكس | صندوق البريد

٥ موقع العميل على الانترنت

٦ الشخص المسؤول | المسمى الوظيفي

٧ رقم الهاتف | البريد الإلكتروني المفوض

٨ رقم السجل التجاري

٩ رقم الكفيل في الجوازات

١٠ طبيعة العمل

١١ هل تم التأمين سابقاً مع "ميدغلف"؟ ☐ لا ☐ نعم السنة .....

١٢ هل يوجد تأمين خلال السنوات السابقة (نعم/ لا)؟ السنة الحالية ..... السنة السابقة ..... السنه ما قبل السابقة .....

١٣ إذا كان الجواب "نعم"، ما هي الشركات؟
السنة الحالية:
السنة السابقة:
السنة ما قبل السابقة:

(ب)

الشروط المتفق عليها مسبقاً..

١ **طريقة الدفع للمبلغ الإجمالي/الأقساط**

طريقة التسديد: مقدماً إجمالي القسط ٣٠٠ ألف فأقل: دفعة واحده (عند بداية التأمين وقبل تسليم البطاقات)

إجمالي القسط٥٠٠ ألف - مليون :دفعتين (٥٠٪ عند بداية التأمين وقبل تسليم البطاقات. ٥٠٪ بعد شهرين من بداية التأمين.)

إجمالي القسط ٣ مليون فأكثر:دفعتين (٣٥٪ عند بداية التأمين وقبل تسليم البطاقات. ٢٥٪ بعد شهرين. ٢٠٪ بعد أربعة أشهر .٢٠٪ بعد خمسة أشهر.)

2 تاريخ سريان التغطية المطلوب / /

إجمالي القسط ٣٠٠ ألف -٥٠٠ ألف : دفعتين (٦٠٪ دفعه أولى عند بداية التأمين وقبل تسليم البطاقات. ٤٠٪ بعد شهرين من بداية التأمين.)

إجمالي القسط مليون -٣ مليون : ثلاث دفعات (٥٠ ٪عند بداية التأمين وقبل تسليم البطاقات٣٠٪ بعد شهرين ٢٠٪ بعد أربعة أشهر من بداية التأمين.)

٣ **المنافع:**

المنافع والشروط في عرض الأسعار تتوافق مع منافع و شروط وثيقة مجلس الضمان الصحي التعاوني

٤ لأي منافع إضافية او تعديل يرجى كتابة المطلوب :

(ج)

توزيع الأعمار

١	نوع الشبكة	العلاقة	0-1	02-06	07-18	19-21	22-25	26-30	31-35	36-40	41-45	46-50	51-55	56-60	61-65	66-70	71-75	76-80	80+	السعوديين%	المجموع
VIP	☐ VIP ☐ A	موظفون																			
		زوجات																			
		أطفال																			
A	☐ VIP ☐ A ☐ B	موظفون																			
		زوجات																			
		أطفال																			
B	☐ A ☐ B	موظفون																			
		زوجات																			
		أطفال																			
C	☐ C ☐ CA	موظفون																			
		زوجات																			
		أطفال																			

٢ لغرض التسعير يرجى تقديم قائمة الأسماء المحدثة والتي تحتوي على جميع الموظفين و المعالين الشرعيين المطلوب التأمين عليهم كما هو موضح أدناه باللغة الانجليزية (نسخة الكترونيه على ملف اكسل). وسيتم طلب لائحة مفصلة عن قبول التغطية.

Ful Name in English	Date of Birth (DD/MM/YYYY)		ID./Iqama Nbr.	Gender (Male, Female)	Relation (Employee,Spouse,Child)	Nationality	Occupation	Category or Class (VIP, A, B, C)
	Gregorian Date for Non-Saudi	*Hajri Date for Saudi						

(د)

إقرار

يقر الموقع أدناه بأن جميع المعلومات الواردة في هذا النموذج صحيحة وكاملة ويضمن مقدم الطلب بصفته الشخص المخول من قبل المنشأة صحة المعلومات حيث أنها تعتبر أساساً للعرض المطلوب، وأن عدم التصريح أو تعمد إخفاء أي حقائق أساسية قد يؤدي إلى إبطال العرض. ويقر مُقدم الطلب بأنه لامانع لديه من قيام شركة ميدغلف بالاستعلام عن بيانات منسوبيه الموجودة في مركز المعلومات الوطني (علم) ومطابقتها مع البيانات المقدمة.

١ **الوسيط**

إسم المندوب أو الوسيط :		
الجوال	الفاكس	الهاتف
خاص بشركة ميدغلف	توقيع المندوب	

٢ **مقدم الطلب**

		التوقع والختم
الاسم		
المسمى الوظيفي		
التاريخ		

البريد الإلكتروني pry@medgulf.com **الفاكس** (+966) 11 405 55 88

(ه)

هل ترغب في خدمات تأمينية أخرى؟ حماية الأسرة ..... الحوادث الشخصية ..... المركبات ..... الحرائق ..... أخرى .....

Head Office
Futuro Tower - Al-Mathar Street - P.O. Box 2302 - Riyadh 11451 - Tel (+966) 11 4055550 - Fax (+966) 11 4055588 email: riyadh@medgulf.com
Kindgom of Saudi Arabia
Paid up Capital: S.R 1,000,000,000