

HEALTH INSURANCE APPLICATION			نموذج طلب تأمين صحي		
<b>Type of application:</b> New <input type="checkbox"/> Renew <input type="checkbox"/>		Policy No. in case of renewal:	نوع الطلب: إصدار <input type="checkbox"/> تجديد <input type="checkbox"/> رقم الوثيقة في حال التجديد:		
<b>Dear MedGulf, Date:</b>		<b>إلى السادة / شركة ميدغلف للتأمين التاريخ:</b>			
<p>We hereby confirm our acceptance to issue MedGulf's health Individual/ Family insurance policy, which complies with the CCHI's mandatory scheme, for members registered under the same primary family sponsorship (Official ID cards enclosed). all We acknowledge that any insured member has pre-existing/ chronic, pregnancy or medical condition(s), such as Hepatitis C Chronic, Heart and Lung Diseases, Cancer, or Bodily Injury(ies) sustained through an accident or any other case requiring disclosure, has been declared for the purpose of assessing the premiums rates. Noting that non-disclosure of the above will invalidate insurance cover.</p> <p>New Hepatitis C cases which will be diagnosed/ reported after policy inception will be covered subject to apply additional premium.</p>		<p>نؤكد لكم موافقتنا بإصدار وثيقة تأمين صحي حسب شروط ومنافع برنامج ميدغلف للأفراد/ العائلات والمتوافق مع شروط ومنافع وثيقة مجلس الضمان الصحي التعاوني (CCHI) للأفراد المضافين تحت كفالة معيل العائلة الرئيسي المرفقة صور إقاماتهم، نقر بأن أي شخص مطلوب التأمين عليه لديه حالة صحية سابقة أو مزمنة أو حمل أو أي حالة صحية على سبيل المثال لالحصير: التهاب الكبد الوبائي C وأمراض القلب والرئة والسرطان أو أي إصابة ناتجة عن حادث أو أي مرض سابق يتطلب التصريح عنه، فقد تم الإفصاح عنها بهدف النظر في القسط أو إيقافه كما هو.</p> <p>في حال عدم الإفصاح عن أي ماسبق أعلاه، سيتم إبطال التغطية التأمينية حالات التهاب الكبد الوبائي C الجديد الذي يتم تشخيصها بعد بداية الوثيقة سيتم تغطيتها بشرط تطبيق قسط إضافي.</p>			
Policy Holder Information		بيانات حامل الوثيقة			
Sponsor Name (Primary Insured)		اسم الكفيل (المؤمن الرئيسي)			
Sponsor Number		رقم الكفيل			
P.O. Box , Postal Code		صندوق البريد والرمز			
Region \ city		المنطقة/ المدينة			
Area \ Street		الحي / الشارع			
Building number		رقم المبنى			
Are you a political personality rendering prominent public function(s) or high ranking Military Officer (General or above) ?		هل أنت مسؤول سياسي مكلف بالقيام بوظيفة بارزة في القطاع العام الحكومي أو ضابط عسكري ذو رتبة عالية (رتبة لواء أو أعلى)؟			
<input type="checkbox"/> Yes, Direct family member or close associate <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> نعم، أحد أفراد العائلة من الدرجة الأولى أو المقربين <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			
If yes, please indicate Official Position or Rank: .....		في حال الإجابة بنعم الرجاء تحديد المنصب الرسمي أو الرتبة: .....			
Are you related or a relative to any of Medgulfs board members or executive Management? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		هل لك صلة قرابة أو علاقة بأحد المدراء التنفيذيين / أعضاء مجلس الإدارة لدى ميدغلف؟			
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If yes, please indicate the name and type of relation:.....		<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا في حال الإجابة بنعم الرجاء تحديد الاسم وطبيعة العلاقة:.....			
Beneficiary Details		بيانات المستفيد			
Beneficiary Name		اسم المستفيد			
ID Number		رقم الهوية			
Mobile Number		رقم الجوال			
Date of Birth		تاريخ الميلاد			
Gender		الجنس			
Marital Status (For Females)	Single <input type="checkbox"/> أعزب	Married <input type="checkbox"/> متزوج	الحالة الاجتماعية (للإناث)		
Relation		العلاقة			
Nationality		الجنسية			
Family Members Details		بيانات أفراد الأسرة			
Name الاسم	ID Number رقم الهوية	Nationality الجنسية	DOB تاريخ الميلاد	Gender الجنس	Relationship العلاقة مع المؤمن الرئيسي

Do you have (or any of family members) valid insurance with MedGulf or any other Saudi Insurance Company ? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	هل لديك أو لدى أحد أفراد الأسرة تأمين ساري المفعول لدى ميدغلف أو أي شركة تأمين سعودية أخرى؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
<b>Health Declaration Clause</b>	<b>الإفصاح عن الحالة الصحية</b>	
Do you have (or any of family members) with any terminal chronic or major medical case(s), such as Heart and lung disease, Hepatitis C Chronic, Cancer, or bodily injury(ies) sustained through an accident or any other case requiring disclosure? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	هل لديك أو (لدي أي أحد من أفراد الأسرة) يعاني أي حالة مستعصية سابقة أو مزمنة على سبيل المثال (أمراض القلب والرئة والتهاب الكبد الوبائي C ومرض السرطان أو إصابات ناتجة عن حادث أو أي مرض سابق أو مزمن)؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
If married female, are you pregnant? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	للسيدة المتزوجة، هل أنت حامل؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
If yes on any of the two above statements, please fill out Health Questionnaire.	في حالة الإجابة بنعم على أي من الأسئلة أعلاه، يرجى تعبئة نموذج التصريح عن الحالة الصحية.	
<b>Disclaimer and Signature</b>	<b>الإقرار والتوقيع</b>	
I declare that the documents submitted for identification and all other information provided above are true, accurate and complete. I further declare that I do not have any other names or identification particulars, apart from those submitted above. I understand that the details provided by me are the basis for which the terms of the policy apply, and I shall notify MedGulf immediately in writing of any changed as they emerge. I hereby agree that I shall indemnify MedGulf against all and any loss arising from my misrepresentation under these declarations and MedGulf shall have the right at its own discretion to reevaluate cover, reject the claim and/ or investigate claims with no legal liability towards them should I fail to disclose in full the cases of pre-existing medical conditions for myself and for my dependents. I hereby declare that I am not involved in any criminal or money laundering activity and that the premiums paid are out of my legitimate source of income and are not derived from any illegal activity. It is also understood that the insurer reserves the right to cancel the policy in case the identification particulars that were provided were incorrect I have read and understood the benefits and terms and conditions of the CCHI policy as per MedGulf's policy.	أتعهد بأن الوثائق المقدمة لتحديد الهوية وكافة المعلومات المصرح بها أعلاه صحيحة ودقيقة وكاملة. وأقر أيضاً بأنه ليس لدي أي أسماء أو تفاصيل هوية أخرى غير تلك المقدمة أعلاه. أتفهم أيضاً بأن التفاصيل المقدمة من قبلي سيؤخذ بها طوال فترة الوثيقة، كما سأقوم بإخطاركم فوراً وخطياً عن أية تغييرات وقت حدوثها. وبالتالي فإنني أوافق على أن أعرض ميدغلف عن كل أية خسائر تنتج عن تحريفي أو عدم تصريح لي بهذه المعلومات، وفي هذه الحالة فإنه سوف يحق لميدغلف بإعادة تقييم الغطاء التأميني و/ أو التحقيق في المطالبات بدون أي مسؤولية قانونية اتجاهها لأنني لم أفصح عن جميع الحالات الطبية للأمراض السابقة لي والمعالين التابعين لي. أقر بأنه لا علاقة لي بأي نشاط إجرامي أو غسيل أموال وأن أقساط التأمين المدفوعة هي من مصدر دخل المشروع وأنه لم يتم اكتسابها من أي نشاط غير قانوني. ومن المعلوم أيضاً أن شركة التأمين تحتفظ بحق إلغاء هذه الوثيقة في حال تبين أنه قد تم تزويدها بتفاصيل هوية غير صحيحة. لقد قرأت وفهمت منافع واحكام و شروط وثيقة مجلس الضمان الصحي وفقاً لوثيقة ميدغلف.	
<b>Agent Code</b>	<b>رمز الوكيل</b>	
<b>Agent Name</b>	<b>اسم الوكيل</b>	
التاريخ -----/-----/----- Date	التوقيع ----- Signature	اسم مقدم الطلب ----- Applicant Name
<b>Official use only</b>		
التاريخ -----/-----/----- Date	التوقيع ----- Signature	اسم الموظف ----- Officer Name