

طلب عرض أسعار تأمين صحي

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

|                    |  |                            |
|--------------------|--|----------------------------|
| تاريخ الطلب<br>/ / | <b>نموذج الطلب</b>   | ١ اسم العميل               |
|                    | ٨ رقم السجل التجاري  | ٢ العنوان - المدينة        |
|                    | ٩ رقم الكفيل في الجوازات   | المنطقة                    |
|                    | ١٠ طبيعة العمل   | ٣ اسم الشارع               |
|                    | ١١ هل تم التأمين سابقاً مع "ميدغولف"؟<br>نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>                      | اسم المبنى الدور           |
|                    | ١٢ هل يوجد تأمين خلال السنوات السابقة (نعم/لا)؟<br>السنة الحالية ..... السنة السابقة .....                             | الهاتف                     |
|                    | ١٣ إذا كان الجواب "نعم"، ما هي الشركات؟<br>السنة الحالية: .....<br>السنة السابقة: .....<br>السنة ما قبل السابقة: ..... | صندوق البريد               |
|                    |  | ٤ الفاكس                   |
|                    |  | ٥ موقع العميل على الإنترنت |
|                    |  | ٦ الشخص المسؤول            |
|                    |  | المسمى الوظيفي             |
|                    |  | ٧ رقم الهاتف               |
|                    |  | البريد الإلكتروني المفوض   |

**الشروط المتفق عليها مسبقاً..**

- (ب) طريقة الدفع للمبلغ الإجمالي/الأقساط  
١ إجمالي القسط ٣٠٠ ألف فأقل: دفعة واحدة (عند بداية التأمين وقبل تسليم البطاقات)  
طريقة التسديد: متماً  
إجمالي القسط ٥٠ ألف - مليون: دفعتين (٥٠٪ عند بداية التأمين وقبل تسليم البطاقات. ٥٠٪ بعد شهرين من بداية التأمين.)  
إجمالي القسط ٣ مليون فأكثر: دفعتين (٢٥٪ عند بداية التأمين وقبل تسليم البطاقات. ٢٥٪ بعد شهرين. ٢٠٪ بعد أربعة أشهر. ٢٠٪ بعد خمسة أشهر.)  
٢ تاريخ سريان التغطية المطلوب  
٢٠٠٠ ألف - ٥٠٠ ألف: دفعتين (٦٠٪ دفعة أولى عند بداية التأمين وقبل تسليم البطاقات. ٤٠٪ بعد شهرين من بداية التأمين.)  
إجمالي القسط ٣ مليون - ٣ مليون: ثلاث دفعات (٥٠٪ عند بداية التأمين وقبل تسليم البطاقات. ٢٠٪ بعد شهرين. ٢٠٪ بعد أربعة أشهر من بداية التأمين.)  
٣ المنافع والشروط في عرض الأسعار تتوافق مع منافع و شروط وثيقة مجلس الضمان الصحي التعاوني  
٤ لأي منافع إضافية أو تعديل يرجى كتابة المطلوب :

**توزيع الأعمار**

| المجموع | السعوديين% | 80+ | 76-80 | 71-75 | 66-70 | 61-65 | 56-60 | 51-55 | 46-50 | 41-45 | 36-40 | 31-35 | 26-30 | 22-25 | 19-21 | 07-18 | 02-06 | 0-1 | العلاقة                      | نوع الشبكة  |
|---------|------------|-----|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-----|------------------------------|---|
|         |            |     |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |     | موظفون                       | VIP<br>MG1 <input type="checkbox"/><br>MG2 <input type="checkbox"/>   |
|         |            |     |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |     | زوجات                        |   |
|         |            |     |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |     | أطفال                        |   |
|         |            |     |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |     | الوالدين/المعالين<br>الآخرين |   |
|         |            |     |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |     | موظفون                       | A<br>MG2 <input type="checkbox"/><br>MG3 <input type="checkbox"/>   |
|         |            |     |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |     | زوجات                        |   |
|         |            |     |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |     | أطفال                        |   |
|         |            |     |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |     | الوالدين/المعالين<br>الآخرين |   |
|         |            |     |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |     | موظفون                       | B<br>MG2 <input type="checkbox"/><br>MG3 <input type="checkbox"/>   |
|         |            |     |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |     | زوجات                        |   |
|         |            |     |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |     | أطفال                        |   |
|         |            |     |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |     | الوالدين/المعالين<br>الآخرين |   |
|         |            |     |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |     | موظفون                       | C<br>MG4 <input type="checkbox"/><br>MG5 <input type="checkbox"/><br>MG6 <input type="checkbox"/><br>MG7 <input type="checkbox"/><br>MG8 <input type="checkbox"/> |
|         |            |     |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |     | زوجات                        |   |
|         |            |     |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |     | أطفال                        |   |
|         |            |     |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |     | الوالدين/المعالين<br>الآخرين |   |

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 الكترونية 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 |                |                       |                                    |             |            |                                  |

**إقرار**

(د) 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 مقدم الطلب بأنه لامتاع لديه من قيام شركة ميدغولف بالاستعلام عن بيانات منسوبة الموجودة في مركز المعلومات الوطني (علم) ومطابقتها مع البيانات المقدمة. يلتزم صاحب العمل (حامل الوثيقة) بإضافة كافة العاملين لديه وأفراد أسرهم على الوثيقة الموحدة.

|                       |                        |
|-----------------------|------------------------|
| <b>الاسم</b>          | <b>الوسيط</b>          |
| <b>المسمى الوظيفي</b> | إسم المندوب أو الوسيط: |
| <b>التاريخ</b>        | الجوال                 |
|                       | الهاتف                 |
|                       | الفاكس                 |
|                       | خاص بشركة ميدغولف      |
|                       | توقيع المندوب          |

الفاكس (+966) 11 405 55 88

البريد الإلكتروني pry@medgulf.com