

Medical Proposal Form

Company Name:
إسم الشركة

Work Domain
مجال عمل الشركة

Contact Details	Name:	Tel:
	Mobile:	Fax:

Email / Website:

Policy Details:

Current Insurer شركة التأمين الحالية	Expiry Date : تاريخ انتهاء الوثيقة
---	---------------------------------------

Name - Number of years :

Previous Insurers شركات التأمين السابقة	Name - Number of years :
--	--------------------------

Name - Number of years :

Total Premiums Paid الأقساط التأمينية للسنوات السابقة	2011 Premium:
--	---------------

	2010 Premium:
--	---------------

	2009 Premium:
--	---------------

Number of Members
عدد أعضاء الوثيقة

Loss Ratio
معدل الخسائر للسنة الماضية %

Claims History Report ☐ Yes
هل يوجد تقرير لإستهلاك الوثيقة ☐ No

في حال الإجابة ب (نعم) يرجى إرفاق التقرير المفصل عن تفاصيل المطالبات المقدمة من شركات التأمين، وفي حال الإجابة ب (لا) يرجى ذكر معدل الاستهلاك بشكل تقريبي ضمن الملاحظات

Coverage Details:

Class	C	B	A	VIP	VVIP	الفئة
Policy Limit	250,000	250,000	250,000	250,000	250,000	الحد الأعلى للوثيقة
Dental	2,000 S.R.	2,000 S.R.	2,000 S.R.	2,000 S.R.	2,000 S.R.	أسنان
Optical	250 S.R.	250 S.R.	250 S.R.	250 S.R.	250 S.R.	بصريات
Deductible	20% With Max 100 SR	20% With Max 100 SR	20% With Max 100 SR	20% With Max 100 SR	20% With Max 100 SR	مبلغ التحمل
Room type	Shared	Semi private	Private	Suite	Suite	التنويم

General Questions:

What are the main problems that you faced with insurers during the past years?

ما هي أبرز المشاكل التي واجهتها مع شركات التأمين خلال السنوات الماضية؟

Have you obtained insurance quotations for this year directly or through a broker? Please specify.

هل حصلت على أي عروض أسعار من شركات تأمين بشكل مباشر أو من خلال وسيط لهذه السنة؟ الرجاء ذكر أسماء الشركات إن وجد.

What are the names of your preferred insurers?

ما هي الشركات التي ترغب بالحصول على عروض أسعار منها؟

Comments ملاحظات

Consultant Name: _____

Date: _____

Signature: _____