



استمارة طلب تأمين صحي جماعي

Group Medical Insurance Proposal Form

IMPORTANT: The insurer will not be on risk until it has accepted the Proposal and the Medical Declaration and communication of acceptance has been given to the company in writing on full payment of premium

هام : لا يتحمل المؤمن الخطر ما لم يكن قد تم قبول طلب التأمين والإقرار الطبي وصدر خطابا خطيا بالموافقة، بناء على دفع القسط كاملا

1 التفاصيل عن الشركة

Name of Company (Ar)	اسم الشركة بالعربية
Name of Company (En)	اسم الشركة بالانجليزية
Occupation	طبيعة العمل
Main Activities	النشاطات الرئيسية

2 عنوان الشركة

P.O. Box	ص . ب	Zone	المنطقة
Building	المبنى	Street	الشارع
City	المدينة	Country	البلد
Tel	تليفون	Mobile 1	سيار 1
Fax	فاكس	Mobile 2	سيار 2
E-mail			بريد الكتروني

3 يرجى اختيار / تحديد نوع الغطاء التأميني

If standard, please tick one of the following	إذا كان الغطاء القياسي الرجاء التأشير بعلامة ✓ على إحدى الخيارات التالية	
Enaya	<input type="radio"/>	عناية
Enaya Plus	<input type="radio"/>	عناية بلص
Enaya Gold	<input type="radio"/>	عناية جولد

Insurance Start Date: / /	تاريخ بداية التأمين	Insurance End Date: / /	تاريخ إنتهاء التأمين
(Must be within 30 days of this proposal)			يجب أن يكون خلال 30 يوما من تاريخ هذا الطلب
If non-standard, please complete Section 4			إذا كان الغطاء غير قياسي ، الرجاء تعبئة قسم رقم 4

4 يرجى إختيار منافع الغطاء الإضافية

Maternity	<input type="radio"/>	الحمل والولادة
Dental	<input type="radio"/>	الأسنان
Optical	<input type="radio"/>	النظر
Pre-existing Conditions	<input type="radio"/>	الحالة الموجودة مسبقا

1/2

Republic of Yemen

HEAD OFFICE: المركز الرئيسي
Zubairy St. Al Saeed Commercial Building
Sana'a Yemen (R.Y) P.O. Box : 1883
Tel : + 967 -1- 555 555
Fax : + 967 -1- 214 012

تعز TAIZ
P.O Box. 6295
Tel. (04)215012
FAX: (04) 215145

عدن ADEN
P.O Box. 80169
Tel. (02)222555
FAX: (02) 240972

الحديدة HODEIDAH
P.O Box. 3876
Tel. (03)206485
FAX: (03) 206486

المكلا MUKALLA
P.O Box. 50644
Tel. (05)305051
FAX: (05) 304845

إب Ibb
P.O Box. 7456
Tel. (04)458000
FAX: (04) 457751

الجمهورية اليمنية



5	Claims Experience in the last 3 years	الخبرة التعويضية خلال 3 سنوات الاخيرة	5
----------	--	--	----------

Year	السنة	No of Lives	عدد الأعضاء	Loss Ratio	نسبة الخسارة

6	Eligibility (total number of lives to be covered)	الاستحقاق (العدد الإجمالي للأعضاء المطلوب تغطيتهم)	6
----------	--	---	----------

Number of Employees	عدد الموظفين	Number of Dependents	عدد المعالين
----------------------------	--------------	-----------------------------	--------------

7	Authorized Administrator of the Scheme	المدير المخول للبرنامج	7
----------	---	-------------------------------	----------

Full Name				الاسم الكامل
Job Title				الوظيفة
Mobile Number		Fax Number	رقم الهاتف	رقم الفاكس
E-mail				بريد الكتروني

Declaration اقرار

<p>I, on behalf of the Company hereby declare and warrant that the above statements are true and complete. I understand that any misinterpretation contained herein would void the contract and any and all claims will be forfeited. I understand that any medical condition that existed prior to the date I am accepted for coverage will be excluded from coverage, whether or not that condition is disclosed on this application. I understand that the insurance company will not be on risk until it has accepted the Proposal and communication of the acceptance has been given to me in writing.</p> <p>I, on behalf of the Company consent and authorize the Insurer to seek medical information from any Medical practitioner, hospital, clinic, health related facility, pharmacy, insurance agency, insurance company or administrator having advice or documents pertaining to the care, advice, treatment, diagnosis or prognosis of any medical condition.</p> <p>I, on behalf of the Company agree that this proposal shall form the basis of the contract should the insurance be effected. Upon receipt of confirmation on our quote, the benefits under the quote will be considered the basis for the contract and will remain UNALTERED throughout the policy period. If after the insurance is affected, it is found that the statements, answers and particulars stated in the Proposal form and its questionnaires are incorrect or untrue in any respects, the Insurance company shall incur no liability under this insurance.</p>	<p>أقر أنا وأتعهد نيابة عن الشركة بأن كافة التصريحات أعلاه صحيحة وكاملة. إنني أدرك بأن أي تأويل خاطئ مضمن في هذا الطلب سوف يلغي العقد وسيتم مصادرة جميع المطالبات. كما أدرك بأن أية حالة مرضية موجودة مسبقاً والتي ظهرت قبل تاريخ قبولي بالتأمين سوف يتم استثناءها من التغطية سواء تم التصريح بها في هذا الطلب أو لا. إنني أدرك بأن شركة التأمين لا تتحمل الخطر ما لم يكن قد تم قبول طلب التأمين وتم إشعاري خطياً بالموافقة.</p> <p>أوافق أنا نيابة عن الشركة وأخول المؤمن (شركة التأمين) بأن تطلب معلومات طبية من أي طبيب ممارس لمهنة الطب، مستشفى، عيادة، مرفق صحي، صيدلية، وكالة تأمين، شركة تأمين، أو أي مدير يمكنه تقديم المشورة، أو وثائق متعلقة بالعناية، النصيحة، المعالجة، التشخيص، أو تنبؤ عن أية حالة طبية.</p> <p>أوافق نيابة عن الشركة على أن هذا الطلب يعتبر أساساً لعقد التأمين. عند استلام الموافقة على عرض سعرنا فإن المنافع الموضحة في عرض السعر سوف تعتبر أساس العقد ولن يطرأ عليها أي تعديل خلال فترة الوثيقة. إذا حدث أنه بعد بدء سريان العقد، بأن التصريحات، والأجوبة والتفاصيل الموضحة في طلب التأمين والاستبيانات المضمنة فيه غير صحيحة أو غير حقيقية من أية ناحية فإن شركة التأمين لن تتحمل أية مسؤولية بموجب هذا التأمين.</p>
---	---

Name of the Applicant (Company):	اسم طالب التأمين (الشركة):
Name of Authorized Signatory:	اسم الشخص المخول بالتوقيع:
Job Title:	الوظيفة:
Signature:	التوقيع:
Date:	التاريخ:
Place:	المكان: