ALAHLIA for MEDICAL INSURANCE CO.LTD

الشـــركة الأهليـــة للتـأميـــن الطبـــي

نموذج طلب عرض

التاريخ : / / م

تاريخ الإصدار / التجديد : .....

رقم الهاتف : .....

اسم الشركة : .....

عدد المؤمنين الأساسيين : .....

طالبي التأمين : ◯ موظفين ◯ زوجات / أزواج ◯ أطفال ◯ والدين

العدد الكلي للمؤمنين :

هل تم التعامل مع شركة تأمين طبي : ◯ نعم ◯ لا

إذا كانت الإجابة نعم (اسم الشركة : .....)

تاريخ بداية الوثيقة المطلوب / المتوقع : .....

طريقة إستلام العرض : ◯ Email ◯ مباشر

الاسم : .....

التوقيع : .....

خاص بالشركة الأهلية :-

اسم مقدم العرض :.....

التاريخ :.....

رقم العرض :.....

التوقيع :.....