



نموذج طلب تعديل معلومات للتأمين الصحي
Form for Modification of Medical Insurance Information

Date _____ التاريخ _____

Personal Information

المعلومات الشخصية

Sponsor's full name or company name: _____ الأسم الرباعي للكفيل (فردى) أو اسم الشركة: _____
Gender: Male Female الجنس: ذكر أنثى
Mobile Number _____ رقم الجوال: _____ City _____ المدينة: _____
E-mail _____ البريد الإلكتروني: _____ Address _____ العنوان: _____

Insured's Informations :

معلومات المؤمن له

Policy Number: رقم البوليصة: _____ Sponsor's ID بطاقة أحوال الكفيل: _____
Application Number: رقم الطلب: _____ Commercial Register No رقم السجل التجاري: _____

Informations required to modify:

معلومات مطلوب تعديلها

Previous Mobile Number رقم الجوال (السابق): _____
New Mobile Number رقم الجوال (الحالى): _____
Previous E-mail Address _____ البريد الإلكتروني (السابق): _____
New E-mail Address _____ البريد الإلكتروني (الحالى): _____

Required Document

المستندات المطلوبة

- ✓ Copy of sponsor's ID and Certificate of individual institution. or Commercial register صورة من هوية الكفيل للمؤسسة الفردية أو هوية المنشأة و السجل التجاري
- ✓ Certified Authorization from chamber of Commerce to dealing with ACIG تفويض مصدق من الغرفة التجارية لمسؤول التأمين فى الشركة أو المؤسسة بالتعامل مع أسيج

أتعهد أنا (المفوض) _____ بكامل المسؤولية حيال المعلومات المطلوب تغييرها من قبل المجموعة المتحدة للتأمين التعاوني "أسيج" بخصوص التأمين الصحي.

Authorized name: _____ اسم المفوض:
Authorized Signature: _____ توقيع المفوض: