التاريخ (date) : / / 20 م

نموذج إلغاء التأمين ضد الأخطاء الطبية
Medical Malpractice Policy Cancellation

Requester Name (Arabic): ..... -: إسم مقدم الطلب (عربي)

Requester Name (English): ..... -:إسم مقدم الطلب (انجليزي)

Bank Name : ..... -: إسم البنك

Mobile No: ..... -: رقم الجوال

Identity No (Saudi id / Iqama id): | | | | | | | | | | | -: رقم الهوية

IBAN No: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | -: رقم الايبان

(ملاحظة: أي خطأ في كتابة رقم الحساب (IBAN) سيكون من مسؤولية مقدم الطلب)

(Note: Any wrong in IBAN will be the responsibility of the applicant)

Policy No: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | -: رقم الوثيقة

سبب الالغاء **(Cancellation Reason) :-**

- ☐ السفر (خروج نهائي – ابتعاث) (Final Exit – Scholarship)
- ☐ وجود تأمين لدى شركة أخرى (Exist other Insurance policy).
- ☐ تكراروثيقة التامين (Duplicate Insurance Policy).
- ☐ خطأ في البيانات المدخلة أوعدم الربط (Wrong in Enter data OR Not Uploaded).
- ☐ أخرى (Other): .....

Declaration : اقراروتعهد :

I hereby declare that the details above are correct, and I have read all the terms and conditions and obligations arising from the cancellation of my insurance policy and hereby request the United Cooperative Insurance Group (ACIG) to cancel my policy and I completely disclaim ACIG company from any current or future claim relating to my medical Malpractice policy.

اقر و أتعهد بصحة البيانات الموضحة أعلاه، كما أقر بأني قد إطلعت على كافة الشروط والأحكام والإلتزامات التي تترتب على إلغاء وثيقة التأمين الخاصة بي وبهذا أطالب المجموعة المتحدة للتأمين التعاوني (أسيج) بإلغاء الوثيقة الخاصة بي وإخلي مسؤولية الشركة تماماً تجاه أي مطالبة حالية أو مستقبلية متعلقة بوثيقة تأمين ضد الاخطاء الطبية الخاصة بي.

Employee Name إسم الموظف

.....

Signature التوقيع

.....

Requester Name مقدم الطلب

.....

Signature التوقيع

.....