



التاريخ: -- / -- / ----

اسم المؤمن له	
رقم العقد	
اسم المندوب	

الرجاء إجراء التعديلات التالية على العقد مع الإبقاء على باقي شروط العقد دون تغيير أو تعديل

إلغاء <input type="checkbox"/>	إضافة <input type="checkbox"/>	تعديل أسماء التالية للتأمين
الاسم	صلة القرابة	
الدرجة الحالية	الدرجة المرادة	تعديل درجة التغطية
<input type="checkbox"/> داخل المستشفى فقط	<input type="checkbox"/> داخل وخارج المستشفى	تعديل العقد إلى
		تعديل طريقة الدفع

ويعتبر هذا التعديل لاغياً لما قبله.

اسم المؤمن له: _____
تاريخ الطلب: _____
التوقيع: _____

** يرجى العلم أنه سيتم إستيفاء مبلغ وقدره (عشرون دنانير أو ما يعادلها بالدولار الأمريكي) لإجراء التعديلات أعلاه.