



Cancellation Of medical Takaful Coverage

طلب إلغاء تغطية التكافل الطبي

Date: _____ التاريخ: _____

Policy No : _____ رقم الوثيقة: _____

Insured Name: _____ اسم المؤمن له: _____

Policy Issue Date: _____ تاريخ إصدار الوثيقة: _____

Date of Cancellation: _____ تاريخ الإلغاء: _____

Cancellation Reason: _____ سبب الإلغاء: _____

Insurance Premium: _____ مبلغ التأمين: _____

Refund Amount : _____ مبلغ التعويض: _____

Branch Manager Signature: _____ توقيع مدير الفرع: _____

Participant Signature: _____ توقيع حامل الوثيقة: _____

Company Stamp (in Case of Company): _____ ختم الشركة (إذا كان المالك شركة): _____

ملاحظة :

1. في حال تم إلغاء الوثيقة , فان جميع كروت التأمين الخاصة بالمؤمن لهم يتم ارجاعها الى تكافل الراجحي .
2. في حال تم حذف احد الافراد يجب ارجاع كرت التأمين قبل البدء بعملية الحذف الى تكافل الراجحي .

Note :

1. In case of policy cancellation , all the original health Cards of insured members Must be Returned to Al Rajhi Takaful .
2. In case of member Cancellation , original health Card of the member being deleted Must be Returned to Al Rajhi Takaful