

Bets Doctors application for Health care Card service

استمارة طلب اشتراك في برنامج Best Doctors كارت العناية الصحية

This is not insurance

هذا ليس تأمين

Applicant's Information			بيانات المشترك		
Applicant's First Name الاسم الأول للمشارك		Applicant's Middle Name اسم الأب		Applicant's Last Name اسم العائلة	
ID Number رقم اثبات الهوية		Type of ID نوع اثبات الهوية		Citizenship الجنسية	
Date of birth: DD: _____ MM: _____ YYYY: _____ تاريخ الميلاد اليوم الشهر السنة			Gender: Male: <input type="checkbox"/> Female: <input type="checkbox"/> الجنس ذكر أنثى		
Home Phone number: _____ رقم هاتف المنزل		Work Phone Number: _____ رقم هاتف العمل			
Cell Phone Number: _____ رقم الجوال		Personal e-mail address: _____ البريد الإلكتروني			
Fax Number: _____ رقم الفاكس					
Mailing address: _____ العنوان البريدي					
Dependents' information			بيانات عائلة مقدم الطلب		
Relationship العلاقة	Date of Birth (DD/MM/YY) تاريخ الميلاد (اليوم/ الشهر/ السنة)	Full Name الاسم الثلاثي			
_____	_____	_____			
_____	_____	_____			
_____	_____	_____			
_____	_____	_____			
_____	_____	_____			
_____	_____	_____			
Select the type of plan			نوع الاشتراك		
<input type="checkbox"/> Individual (SR 200)			<input type="checkbox"/> اشتراك فردي (200 ريال سعودي)		
<input type="checkbox"/> Family (SR 400) (Spouse, 3 children's between the age of 30 0 days to 18 years)			<input type="checkbox"/> اشتراك عائلي (400 ريال سعودي) (زوجة وثلاثة ابناء ما بين 30 يوم و 18 سنة)		
<input type="checkbox"/> additional dependents (SR 100 each)			<input type="checkbox"/> افراد اخرين يعولهم مقدم الطلب (100 ريال سعودي)		
Total Amount SR _____ المجموع الاجمالي ريال سعودي					
Select the method of payment			اختر طريقة دفع الرسوم		
<input type="checkbox"/> Riyad Bank current account Account Number _____			<input type="checkbox"/> الحساب الجاري لدى بنك الرياض رقم الحساب: _____		
<input type="checkbox"/> Riyad Bank Credit Card Card Number: _____			<input type="checkbox"/> بطاقة ائتمان بنك الرياض رقم البطاقة _____		

<input type="checkbox"/> Master Card ماستر كارد	Card Number _____ رقم البطاقة	Expiration date (DD/MM/YY) _____ تاريخ انتهاء الصلاحية (اليوم/ الشهر/ السنة)
<input type="checkbox"/> Visa فيزا	Card Number _____ رقم البطاقة	Expiration date (DD/MM/YY) _____ تاريخ انتهاء الصلاحية (اليوم/ الشهر/ السنة)
<input type="checkbox"/> American Express Card امريكان اكسپرس	Card Number _____ رقم البطاقة	Expiration date (DD/MM/YY) _____ تاريخ انتهاء الصلاحية (اليوم/ الشهر/ السنة)

The effective date of the program: _____: تاريخ بدء الاشتراك في البرنامج:
(DD/MM/YY) (اليوم/ الشهر/ السنة)

**PLEASE READ CAREFULLY- THIS SECTION MUST BE SIGNED AND DATES
TERMS AND CONDITIONS**

All pre-existing conditions are excluded from free access to **Best Doctors** health care card services. A pre-existing condition is any medical condition, which has been diagnosed or for which the subscriber has received advice or treatment in 12 months before enrolling in **Best Doctors** Health Care Card Services.

ACKNOWLEDGMENT AND AGREEMENT

- (a) by applying for **Best Doctors** Health Care Card Services, I acknowledge that if I elect to use the service provided by **Best Doctors** that I will required to provide Health information and I agree to permit **Best Doctors** to use it for that purpose.
- (b) I authorize Riyadh Bank to Charge the credit card or to debit the current account as specified above the total of SR _____ to enroll in **Best Doctors** Health Care Card Services.

برجى قراءة الفقرات أدناه بعناية (و التوقيع واثبات التاريخ أدناه)

الشروط والاحكام:

لا يشمل برنامج **Best Doctors** كارت العناية الصحية الحالات المرضية السابقة لتاريخ الاشتراك في البرنامج. و تعني الحالات المرضية السابقة أى حالة مرضية عانى منها المشترك أو تم شخيصها به أو حصل على رأى طبي بها أو وصف له علاج خلال الإثنى عشر شهراً السابقة.

إقرار و موافقة

(أ) أقر بموجب طلب الاشتراك ببرنامج **Best Doctors** كارت العناية الصحية، بأنى فى حال اختياري الاستفادة من خدمات **Best Doctors** سأكون ملزماً بتزويدهم بمعلومات طبية شخصية كما أوافق بموجبه على السماح لشركة **Best Doctors** باستخدام مثل تلك المعلومات لذلك الغرض.

(ب) أفوض بموجبية بنك الرياض بسحب من بطاقتي الانتماء او حسابي الجاري المشار إليهما اعلا ما مجموعه _____ ريال سعودي كرسوم اشتراك في برنامج **Best Doctors** كارت العناية الصحية.

التوقيع: _____

التاريخ: _____