الخليجية للتكافل
Gulf Takaful

الشركة الخليجية للتأمين التكافلي
Gulf Takaful Insurance Company
شركة خاضعة لأحكام الشريعة الإسلامية
الشرق ، شارع الشهداء - بناية التأمينات الاجتماعية سابقا
تلفون : 1820202 فاكس : 22320243
e-mail: approval@gulftakaful.com

Authorized & Paid Capital K.D. 15,000,000 د.ك 15,000,000 رأس المال المصرح به والمدفوع
شركة خاضعة لأحكام قانون شركات ووكلاء التأمين رقم (24) لسنة 1961 رقم الإجازة (31)

Preauthorization Form

Hospital / Clinic Name:			
Department:			
Treating Doctor Name:			
Patient Name:			
Policy Holder:			
Membership No.:		Claim Form Sr. No.:	

This Case:

Acute		Chronic		Pre-Existing		Dental		Maternity	

Condition Requiring Treatment /

Complaints ______________________________

____

Date of Commencement of Illness:

____

Date of First Treatment:

____

Final

Diagnosis: ______________________________

____

Accommodation Type:		Night(s) Required:	

Sr.	*Description*	*Quantity*	*Unit Price*	*Total*
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

Scheduled date for treatment: ______________________________

I certify that the medical services on this form were/ are medically indicated for health of the patient. Attending Medical Practitioner's Name:

Signature: ______________________ Date: ______________

Official Stamp