



الخليجية للتكافل  
Gulf Takaful

الشركة الخليجية للتأمين التكافلي  
Gulf Takaful Insurance Company

شركة خاضعة لأحكام الشريعة الإسلامية  
الشرق ، شارع الشهداء - بناية التأمينات الاجتماعية سابقاً  
تلفون : 1820202 فاكس : 22320243  
e-mail: approval@gulftakaful.com

رأس المال المصرح به والمدفوع 15,000,000 د.ك. 15,000,000 Authorized & Paid Capital K.D.  
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