

الاسم الأول:

اسم الأب:

الشهرة:

رقم الهوية:

الجنس:  ذكر  أنثى

العنوان:

هاتف / خلوي:

|                               |  |   |
|-------------------------------|--|---|
| نطاق المنافع:                 | <input type="checkbox"/> استشفاء وخدمات خارجية | <input type="checkbox"/> استشفاء فقط      |
| نسبة التحمل للخدمات الخارجية: | <input type="checkbox"/> دون نسبة تحمل         | <input type="checkbox"/> مع نسبة تحمل 15% |

الوضع العائلي للمضمون  أعزب  متزوج  مطلق  أرمل

| أفراد الأسرة | الاسم | الجنس | تاريخ الولادة | الجنسية | الطول | الوزن | هل تدخن  | المهنة | فئة الدم |
|--------------|-------|-------|---------------|---------|-------|-------|--|--------|----------|
| المؤمن       |       |       | / /           |         |       |       | <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا |        |          |
| الزوج/الزوجة |       |       | / /           |         |       |       | <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا |        |          |
| الأولاد      |       |       | / /           |         |       |       | <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا |        |          |
|              |       |       | / /           |         |       |       | <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا |        |          |

الرجاء تحديد المستفيد(ين) في حال الوفاة:

| الاسم الثلاثي الرسمي | صلة القرابة | نسبة الاستفادة |
|----------------------|-------------|----------------|
|                      |             |                |
|                      |             |                |

هل يوجد شخص في العائلة لم يطلب تأمينه؟ نعم  لا  إذا أجبت بنعم فما هي الأسباب؟  
إذا سبق لأحد الأشخاص المدرجة أسماؤهم على هذه اللائحة أن أصيب أو عولج أو خضع لعملية جراحية بسبب أي مرض من الأمراض المدرجة أدناه خلال السنوات العشر الأخيرة، الرجاء وضع علامة (X) في الخانة المخصصة للحالة الصحية:

|  |   |  |   |  |
|--|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | 1. أمراض القلب والشرايين (ارتفاع في ضغط الدم، ذبحة قلبية ...)               | <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | 9. أمراض الدم (فقر الدم ...)  | <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا |
| <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | 2. أمراض الجهاز التنفسي (الربو، السل ...)                                   | <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | 10. أورام خبيثة في الجسم أو الدم (سرطان)  | <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا |
| <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | 3. أمراض الجهاز الهضمي (القرحة، الكبد ...)                                  | <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | 11. الأمراض المنقولة جنسياً ومرض أو فيروس السيدا AIDS                                 | <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا |
| <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | 4. أمراض الكلى والمسالك البولية   | <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | 12. سوء تقويم خلقي أو عجز   | <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا |
| <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | 5. أمراض العظم والعضلات أو الأعضاء المزروعة                                 | <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | 13. أمراض أخرى، حوادث أو عمليات سابقة أو مستقبلية على علم مسبق بها (سوابق قيصرية ...) | <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا |
| <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | 6. أمراض الجهاز العصبي (انهيار عصبي، تصلب لويحي، جلطة ...)                  | <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | 14. هل تناول أو يتناول أحدكم أي دواء أو تابع أو يتابع أي علاج؟                        | <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا |
| <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | 7. أمراض الغدد والسكري (دهن الدم، الغدة الدرقية ...)                        | <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | 15. هل يعاني أحدكم من أي حساسية على دواء، طعام أو غيره؟                               | <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا |
| <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | 8. أمراض الأذن، الأنف، الحنجرة أو العين (التهاب لوز مزمن، انحراف وتيرة ...) | <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا | 16. للنساء: هل أنت حامل في الوقت الحاضر؟ ما هو تاريخ الولادة المتوقع؟                 | <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا |

إذا أجبت بنعم على أحد هذه الأسئلة المدرجة أعلاه، الرجاء الإدلاء بالمعلومات الكاملة بتحديد اسم الفرد الذي أصيب أو عولج من مرض ما، رقم المرض الذي عولج منه كما هو مرقم أعلاه. مع كافة التفاصيل في ما يلي:

| الاسم | رقم المرض | التشخيص | العلاج | التاريخ | اسم الطبيب أو المستشفى |
|-------|-----------|---------|--------|---------|------------------------|
|       |           |         |        |         |                        |
|       |           |         |        |         |                        |

أنا الموقع أدناه طالب (ة) الضمان - أفيد بأن المعلومات المذكورة آنفاً والمتعلقة بي وبأفراد عائلتي مطابقة للواقع وكاملة. وعليه فإنني أجزئ لشركة التأمين وشركة إدارة النفقات الاستفسار عن حالتي الصحية وحالة أفراد عائلتي لدى كافة المراكز الطبية والمستشفيات والأطباء. كذلك أطلب من الأطباء الذين سبق لهم أن عابنونا ومن أي مشفى أو مركز طبي وشركات التأمين والهيئات الأخرى التي سبق لنا أن طلبنا منها التعاقد لإجراء تأمين صحي و/أو على الحياة تزويدهم بجميع المعلومات الصحية المتوفرة لديهم وبصور عنها. ولهذه الغاية أرفع السرية الطبية باسمي وباسم أفراد عائلتي لصالح المؤمن وشركة إدارة النفقات ومدوبيها. إن التصاريح المذكورة في "طلب التأمين والاستمارة الطبية" هذا كما في إفاضة الطبيب المعين إذا وجدت. وكافة التصاريح السابقة تشكل أساس طلب التأمين المنوي إبرامه بيني وبين شركة التأمين. إن أي جواب غير صحيح أو حالة إغفال أو إسقاط وقائع متعلقة بي أو بأفراد عائلتي كان من الواجب التصريح عنها لشركة التأمين بالموضوع المذكور يعطيان الحق لشركة التأمين بإلغاء حقي أو حقنا في التعويض وذلك منذ تاريخ بدء مفعول العقد بدون إرجاع الأقساط المدفوعة. كما وإنني أطلب من شركة إدارة النفقات ومدوبيها إعلام طبيبي المعالج، ضمن إمكانياتهم، بالمعلومات المتوفرة لديهم حول صحتي وصحة أفراد عائلتي وأصرح بأنني قد اطلعت على أحكام البوليصا وشروطها واستثناءاتها العامة وبناء عليه أطلب التأمين لي ولأفراد عائلتي المعددين أعلاه.

التاريخ ..... الأمضاء .....