



**هل عانيت أو تعاني الآن من أي من الحالات التالية:**

لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	9- الأمراض الحميدة والخبيثة وأمراض الدم	لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	1- الأمراض السارية والمعدية
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	10- الأمراض العقلية والنفسية والعصبية	لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	2- أمراض الغدد الصماء والسكري والمناعة
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	11- أمراض القلب والشرايين والأوعية الدموية والضغط	لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	3- أمراض الجهاز العصبي والأعضاء الحسية
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	12- أمراض الجهاز التنفسي	لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	4- أمراض الجهاز الهضمي والكبد والمرارة والبنكرياس
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	13- أمراض الكلى والجهاز البولي والتناسلي وأمراض الثدي	لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	5- الحمل والولادة ومضاعفاتها أو أي أمراض نسائية (يرجى ذكر الشهر ان وجد .....
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	14- امراض و تشوهات خلقية و/أو وراثيه	لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	6- أي عمليات أو إجراءات طبية و/أو جراحية أو أي دخول سابق للمستشفى
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	15-امراض الجلد و توابعه	لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	7- الام الظهر و العظام و العضلات و المفاصل
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	14- أي شكوى مرضية أو اعتلال غير مذكور ضمن البنود السابقة	لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	8- امراض الجهاز البولي و التناسلي

في حال الإجابة بـ (نعم) على أي من البنود المذكورة أعلاه، الرجاء ذكر التفاصيل مع ذكر اسم المريض.

**في حال وجود حالات مرضية مزمنة، الرجاء ذكر أسماء جميع الأدوية الدورية (الشهرية) بالإضافة الى تزويدنا بتقرير طبي حديث مفصل عن حاله المرضيه**

عدد العلب/شهر	اسم الدواء + العيار	عدد العلب/شهر	اسم الدواء + العيار

انا الموقع ادناه أصرح بأن المعلومات المقدمه في هذا الاستبيان هي معلومات كامله و صحيحة عن صحتي و نشاطي ( و صحة و نشاط من أعيل ) و ان اي اجابه مغلوطة او غير صحيحة سوف تؤدي الى الغاء كافة حقوقي في التغطية التامينيه الممنوحه ضمن عقد التامين الصحي كما انني افوض اي جهه طبيه بتزويد شركة الضامنون العرب بكافة المعلومات و المستندات الطبيه التي تعتبرها الشركة ضروريه لموضوع التامين . و ان صورة هذا التفويض تعتبر صالحه للغايات المذكوره كما لو كانت بالاصل.

- إن إخفاء و/أو تغيير أي معلومات صحية سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف أية معالجة طبية تنشأ عن حالة مرضية سابقة لتاريخ هذا الطلب وغير مصرح عنها بطلب الانتساب.
- إن تعبئة الطلب بالشكل الكامل والصحيح لا يعتبر شرطاً ملزماً لقبول التأمين.

يرجى إرفاق:

- 1- صور شخصية لجميع المشتركين بالتأمين.
- 2- صورة عن دفتر العائلة.
- 3- إثبات انتفاع أي من المشتركين من تأمين آخر (إن وجد).

تاريخ تقديم الطلب ..... تاريخ بدء التأمين .....

اسم وتوقيع مقدم الطلب ..... خاتم الشركة / المتعاقد .....