



## طلب إنتساب للتأمين الصحي



إسم المتعاقد :

.....  
إسم طالب التأمين ( من أربعة مقاطع ) : .....

.....  
مكان العمل ( الشركة ) : .....

.....  
عنوان العمل : ..... المدينة : ..... المنطقة : ..... رقم الهاتف : ..... رقم الفاكس : .....

.....  
خلوي : ..... ص.ب : ..... الرمز البريدي : ..... البريد الإلكتروني : .....

.....  
عنوان المنزل : ..... المدينة : ..... المنطقة : ..... رقم الهاتف : .....

.....  
رقم خلوي : ..... ص.ب : ..... الرمز البريدي : ..... البريد الإلكتروني : .....

.....  
في حال الطوارئ الإتصال بـ ..... الصلة : ..... خلوي : .....

طريقة الدفع ( خاص بالتأمين الفردي ) :

سني  نصف سني

الحالة الاجتماعية : متزوج  أعزب  مطلق  أرمل

بيانات المؤمن عليهم ( متضمناً حامل العقد )

درجة التأمين خاصة  أولى  ثانية  ثالثة

الحالة الصحية	الجنسية	الوزن	الطول	الجنس ( M/F )	صلة القرابة	تاريخ الميلاد	الرقم الوطني/ الاسم (الأول / الأب / العائلة)

### التاريخ التأميني

هل سبق وتقدمت بطلب تأمين لشركتنا أو لأي شركة تأمين أخرى بغرض التأمين الصحي و/أو الحياة و/أو الحوادث ولم يُبت فيه ؟  نعم  لا

هل سبق وتقدمت بطلب تأمين لشركتنا أو لأي شركة تأمين أخرى بغرض التأمين الصحي و/أو الحياة أو الحوادث وتم رفضه ؟  نعم  لا

هل سبق وأن قامت إحدى شركات التأمين بإلغاء أو عدم تجديد عقد تأمين صحي خاص بك ؟  نعم  لا

هل أنت مؤمن صحي حالياً لدى أي جهات رسمية و/ أو خاصة ؟  نعم  لا

يرجى إرفاق : ( أ ) صور شخصية لجميع المشتركين بالتأمين.

( ب ) نسخة عن دفتر العائلة.

( ج ) نسخة عن إثبات إنتفاع أي من المشتركين من جهة أخرى (إن وجد).

## النشاطات الخطرة

هل تمارس أي من النشاطات التالية؟

- الطيران الشراعي  نعم  لا  
تسلق الجبال  نعم  لا  
قيادة الطائرات  نعم  لا  
الفوص تحت الماء  نعم  لا  
القفز المظلي  نعم  لا  
سباق السيارات  نعم  لا

هل سبق وأن شعرت بأية أعراض و/أو إعتلال و/أو ألم و/أو تلقيت علاجاً ( بما في ذلك الحالات التي إستدعت دخولك للمستشفى أو عمل جراحة ؟  
الإجابة تكون عن المؤمن له و نيابة عن جميع التابعين له القانونيين.

هل عانيت من أي من الامراض التالية :

1- الامراض السارية والمعدية	2- الامراض الحميدة والخبيثة وأمراض الدم
3- أمراض الغدد الصماء والسكري والمناعة	4- الأمراض العقلية والنفسية والعصبية
5- أمراض الجهاز العصبي والأعضاء الحسية	6- أمراض القلب والشرايين والأوعية الدموية والضغط
7- أمراض الجهاز الهضمي والكبد والمرارة والبنكرياس	8- أمراض الكلى والجهاز البولي والتناسلي وأمراض الثدي
9- الحمل والولادة ومضاعفاتها أو أي أمراض نسائية (للإناث)	10- امراض الجهاز التنفسي
11- أي عمليات أو إجراءات طبية و/أو جراحية أو أي دخول سابق للمستشفى	12- أي شكوى مرضية أو إعتلال غير مذكور ضمن البنود أعلاه

في حال الإجابة بنعم عن أي من البنود المذكورة أعلاه الرجاء ذكر التفاصيل مع ذكر اسم المريض :

---



---



---

## النمط المعيشي

هل تسافر للخارج اكثر من 5 مرات سنوياً ؟  نعم  لا

هل تتناول المشروبات الروحية ؟  نعم  لا

هل تدخن ؟  نعم  لا عدد السجائر

تفاصيل الحالات المرضية (السابقة و/أو الحالية) :

ماهو التشخيص الطبي للمرض ؟ ..... هل تمت معالجة المرض ؟ .....

تاريخ آخر معالجة / شكوى مرضية ؟ ..... ما هي الحالة الآنيه للمرض ؟ .....

ما مدى تكرار حدوث الأعراض ؟ ..... هل تم إجراء عملية جراحية ؟ .....

هل تم استخدام أي من مواد التثبيت (خاص بإصابات العظام) ؟  نعم  لا تاريخ التثبيت .....

إن إخفاء و/أو تغيير أي معلومات صحية سيؤدي إلى إعتبار عقد التأمين الصحي لاغياً في حال تمت الموافقة المسبقة على إصداره .  
إن تعبئة الطلب بالشكل الكامل والصحيح لا يعتبر شرطاً ملزماً لقبول التأمين.

أقر بأنني إطلع على شروط وتحديات عقد التأمين الصحي المطلوب إصداره، وأوافق عليها كما أنني أفوض بموجب هذا الطلب طبيبي المعالج و/أو أية مؤسسة للخدمات الطبية و/أو أية هيئة و/أو شخص لديه معلومات عن صحتي ونشاطي (وصحة ونشاط جميع المشمولين بالعقد) أن يقدمها الى شركة التأمين الصحي. وذلك يشمل سجلات المستشفيات و/أو أية سجلات أخرى تعود لأية استشارة طبية و/أو تشخيص و/أو معالجة، كما أن صورة هذا التفويض المختومة بالخاتم الرسمي لشركة التأمين الصحي تعتبر صالحة للغايات المذكوره آنفاً.

تاريخ تقديم الطلب : ..... تاريخ بدء التأمين المطلوب : .....

اسم وتوقيع مقدم الطلب : ..... اسم وخاتم المتعاقد (خاص بالتأمين الجماعي) : .....