

رقم المؤمن :

طلب اشتراك في التأمين الصحي

1. البيانات الشخصية للمشارك

الاسم الأول	اسم الأب	اسم الجد	اسم العائلة	تاريخ الميلاد	عدد الاولاد	الجنس	العنوان
				----/--/--			
اسم الموظف في الشركة المؤمنة الذي تتبع له		صلة القرابة بهذا الموظف					
رقم الهوية	الوظيفة	اسم المؤسسة التي تعمل لديها		تاريخ التثبيت في المؤسسة التي تعمل لديها			
الحالة الاجتماعية : اعزب/ متزوج/ ارملة /مطلق		رقم الهاتف	رقم الهاتف في حالة الطوارئ				
منذ متى:							

2. البيانات الخاصة بالحالة الطبية

(ضع إشارة X في المربع المناسب)

هل تشكو من إي من الأمراض التالية:

لا	نعم	الأمراض	لا	نعم	الأمراض	لا	نعم	الأمراض
		روماتزم / الدوالي			أمراض الأعصاب / الصرع / الشلل			ارتفاع الدهون
		دسك (انزلاق غضروفي)			أمراض الرئة / الصدر / الحنجرة			أمراض القلب أو الأوعية الدموية
		مشاكل في الحمل (للزوجة)			أمراض الإيدز / الأمراض التناسلية			أمراض ارتفاع / هبوط ضغط الدم
		عمليات قيصرية (للزوجة)			أمراض الكلى / العظام / الغدد			مرض السكري
		هل يوجد حمل حاليا (للزوجة)			اضطرابات الجهاز الهضمي/الأمعاء			مرض السرطان (من أي نوع كان)
				سبب استخدام النظارات الطبية : قصر النظر/طول النظر/انحراف النظر				الأمراض الجلدية المزمنة
				اذكر اسباب اخرى:				هل تستخدم نظارات طبية؟
				اذكر نوع الاعاقة				منذ متى:
								أي اعاقه جسدية

3. عمليات أجريت سابقا أو أمراض أخرى تعاني منها او عانيت منها سابقاً .

تاريخ اجراء هذه العمليات	نوع هذه العمليات

4. أدوية تناولها حاليا

اسم الدواء	منذ متى تناول هذا الدواء	تاريخ بدء العلاج

أصرح بهذا بان جميع المعلومات والبيانات والأجوبة المتعلقة بي أو بأي من أفراد عائلتي والمدونة من قبلي في هذا الطلب صحيحة. كما أنني أقر بحق الشركة في إلغاء التأمين فوراً ودون سابق إنذار في حال ثبوت زيف أي منها. كما أنني أجزئ للشركة إجراء الفحوص الطبية لي ولأفراد عائلتي والحصول على أي معلومات طبية عن حالتي الطبية أو لأي من أفراد عائلتي من أي جهة متخلياً عن السرية الطبية لصالح الشركة بشأن كل ما له علاقة بهذا الطلب.