

## إستمارة طلب تأمين صحي فردي / عائلي

اسم طالب التأمين: ----- /----- /-----  
 الوضع العائلي: أعزب  متزوج  مطلق  أرمل   
 العنوان: المدينة----- الشارع----- البناية----- الطابق-----  
 هاتف----- خليوي----- بريد الكتروني-----

البرامج:

\* الدرجة: الأولى  الثانية  الثالثة  \* تغطيات اضافية: فحوصات خارجية 100%  85%  أدوية  زيارة طبيب

العائلة:

الاسم	تاريخ الولادة يوم / شهر / سنة	الجنس	الجنسية	ضمان اجتماعي نعم لا	الطول	الوزن	المهنة

في حال عدم طلب تأمين أحد أفراد العائلة، الرجاء توضيح الاسباب:-----

ان اية تصريحات أو اغفال مقصود أو غير مقصود لأية وقائع ينتج عنها بطلان و الغاء عقد الضمان موضوع هذا الطلب ابتداء من تاريخ اصداره و ذلك بدون استرداد القسط المدفوع.  
 --هل حدث لك أو لأفراد عائلتك المذكورين أعلاه أن أصيب بعوارض او ظواهر مرضية أو عولج أو خضع لعملية جراحية بسبب الحالات التالية:

نعم لا	نعم لا	1-أمراض العظم، العضلات، المفاصل، النخاع الشوكي، الروماتيزم؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2-أمراض الدم (فقر الدم، التلاسيميا...)?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3-هل يوجد عضو اصطناعي أو جسم غريب للأستئصال؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4-أمراض الجهاز الهضمي (القرحة، المرارة، الكبد، المعدة...)?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5-أمراض الغدد و السكري (دهن الدم، الغدة الدرقية، النخامية...)?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6-أمراض الجهاز العصبي و أجهزة الحواس (صرع، داء النقطة...)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7-أمراض الجهاز التنفسي (التهاب رئوي، سل، ريوي...)?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8-أمراض أخرى، أي حادث، عملية سابقة أو مستقبلية؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9-هل يعاني أحدكم من أية حساسية على الدواء، الطعام أو غيره؟

19-هل يتناول أو تناول أحدكم أي دواء أو تابع أو يتابع أي علاج أو عولج يوماً في المستشفى لأي سبب آخر؟

20-هل يعاني أحد أفراد عائلتكم من السكري، القلب، الضغط، أمراض وراثية، السل، السرطان؟

في حال الاجابة بنعم على أي من الاسئلة أعلاه - يرجى الادلاء بالمعلومات كاملة كما هو مفصل:

الاسم	المرض	نوع العلاج	التاريخ	اسم الطبيب	المستشفى

انا الموقع ادناه اصريح، وفقاً للمعلومات الموجودة لدي، بأن هذه الاجوبة هي كاملة و صحيحة. كما و أنني بالاصالة عن نفسي و بالنيابة عن الاشخاص الواردة أسماؤهم أعلاه و الذين هم تابعون لي، أعطي للمستشفى و للطبيب أو لأي شخص آخر قد عالجتنا أو قد عالجت أي عضو من أعضاء عائلتي الحق بأن يفيد شركة البادية للتأمين أو من يمثلها عن أية معلومات تتعلق بحالتنا الصحية، و عليه أنني أتنازل بموجب عن حقي بالسرية الطبية و ذلك لصالح يفيد شركة البادية للتأمين أو من يمثلها.

توقيع طالب التأمين

التاريخ