



استمارة طلب تأمين صحي

No.

الفضي	الذهبي	الماسي	الريماس	VIP	اخرى
-------	--------	--------	---------	-----	------

الاسم الاول : اسم الاب : اللقب :

افراد العائلة	الاسم الكامل	الجنسية	تاريخ الولادة	الجنس	مدخن نعم / لا	ضمان اجتماعي	المهنة
المؤمن له							
الزوج / الزوجة							
الاولاد							

تفاصيل الطلب: اذا سبق لاحد الاشخاص المدرجة اسماؤهم على هذه الاستمارة ان اصيب او عولج او خضع لعملية جراحية بسبب اي مرض من الامراض المدرجة ادناه خلال اسنوات العشر الاخيرة , الرجاء وضع علامة () في الخانة المخصصة للحالة الصحية .

1. امراض القلب والشرايين (الضغط - شرايين القلب - عضل القلب - جلطة في الدماغ - نزيف في الدماغ - سائر امراض القلب والشرايين)	نعم () لا ()	10. امراض خبيثة (اورام خبيثة وامراض خبيثة في الدم)	نعم () لا ()
2. امراض الجهاز التنفسي ماعدا السرطان (الربو - انسداد القصبات الهوائية - تشمع الرئة - امراض اخرى)	نعم () لا ()	11. الامراض المنتقلة جنسيا ومرض او فيروس الايدز	نعم () لا ()
3. امراض الجهاز الهضمي ماعدا السرطان (قولون - التهاب الامعاء - جيوب في الامعاء - امراض الرارة - الكبد - البنكرياس)	نعم () لا ()	12. امراض اخرى . حوادث او عمليات تنظير او فحوصات تشخيصية سابقة او مستقبلية على علم مسبق بها	نعم () لا ()
4. امراض الكلى والمسالك البولية (حصوة - التهاب - قصور - تكيس)	نعم () لا ()	13. هل تتناول اي دواء او تتابع اي علاج ؟	نعم () لا ()
5. امراض العظم ماعدا السرطان او الاطراف المزروعة	نعم () لا ()	14. للنساء : هل انت حامل في الوقت الحاضر ؟	نعم () لا ()
6. امراض الجهاز العصبي ماعدا السرطان (شلل الاطفال - انهيار عصبي - تليف لويحي - الصرع ...)	نعم () لا ()	15. الامراض والاعاقات الخلقية	نعم () لا ()
7. السكري او امراض الغدد ماعدا السرطان	نعم () لا ()	16. الامراض النفسية (كأبة - نوتر)	نعم () لا ()
8. امراض الأذن، الأنف والحنجرة او العين ماعدا السرطان	نعم () لا ()	17. هل تعاني من عوارض متعلقة بالامراض المذكورة اعلاه ؟ (اوجاع ظهر - اوجاع صدر - اوجاع مفاصل)	نعم () لا ()
9. امراض الدم ماعدا الامراض الخبيثة (فقر ليدم)	نعم () لا ()		

اذا اجبت بنعم على احد الاسئلة المدرجة اعلاه , الرجاء الادلاء بالمعلومات الكاملة , بتحديد رقم المرض الذي عولجت منه كما هو مرقم مع كافة التفاصيل

الاسم	رقم المرض	التشخيص	العلاج	التاريخ	اسم الطبيب او المستشفى

Code	WI-12-F03	Issue	01	2021/10/01	Revision	00	2021/10/01
------	-----------	-------	----	------------	----------	----	------------

