



حامل العقد : : تاريخ بداية التأمين
الرقم الوظيفي : : تاريخ بداية العمل

الرقم الوطني	صلة القرابة	زمرة الدم	الطول	الوزن	تاريخ الميلاد	الجنس	الدرجة	الاسم الكامل		
								الأول	الأب	العائلة
الرقم الوطني	موظف / زوج / ابن /	زمرة الدم	سم	كغم	يوم / شهر / سنة	ذكر / انثى	خاصة اولى ثانية / ثالثة			

الحالة الاجتماعية : عدد الأبناء : الجنسية/الاقامة الهاتف الشخصي : عنوان السكن :
*** يرجى الإجابة على الأسئلة التالية فيما يخص الحالات المرضية عن المؤمن عليه وعن المعالين وذكر التفاصيل في المكان المخصص إذا كانت الإجابة "نعم"

لا	نعم	لا	نعم	لا	نعم
					1. الضغط، القلب والأوعية الدموية
					2. أمراض تشوهات خلقية ووراثية
					3. السرطان وأمراض الدم
					4. الأمراض العصبية، العقلية والنفسية
					5. أمراض الكلى والأملاح
					6. أمراض الجهاز الهضمي
					7. أمراض الجهاز التنفسي
					8. أمراض الجهاز البولي
					9. أمراض الجهاز الليمفاوي
					10. الحمل (يرجى ذكر الشهر ان وجد)
					11. الولادة
					12. الروماتيزم والمناعة
					13. العمليات والإجراءات الطبية السابقة
					14. آلام الظهر
					15. أمراض الجهاز العصبي
					16. الإيدز
					17. أمراض الجلد وتوابعه
					18. أمراض العظام والعضلات والمفاصل
					19. امراض الغدد الصماء والسكري
					20. هل تم القيام باجراء جراحي او تشخيصي غير مذكور
					21. هل سبق أن اشتركت أو تنوي الاشتراك في رياضة أو هواية خطيرة

في حالة الإجابة بنعم عن أي من الاسئلة المذكورة أعلاه الرجاء ذكر التفاصيل مع ارفاق التقارير الطبية:
التفاصيل :

أقر بأنني اطلعت على الشروط العامة للتأمين وموافق عليها، كما أنني أفوض بموجب هذا الطلب طبيبي المعالج وأية مؤسسة للخدمات الطبية أو أية هيئة أو شخص لديه معلومات عن صحتي ونشاطي (وصحة ونشاط جميع المشمولين بالعقد) أن يقدمها إلى شركة التأمين الوطنية وذلك يشمل سجلات المستشفى أو أية سجلات أخرى تعود بة استشارة طبية أو تشخيص أو معالجة . كما أن صورة هذا التفويض المختومة بالخاتم الرسمي لشركة التأمين الوطنية تعتبر صالحة للغايات المذكورة كما لو كانت اصل.

الرجاء ارفاق الصور الشخصية بالاضافة الى صورة من دفتر العائلة والهوية الشخصية

التاريخ : توقيع طالب التأمين : ختم وتوقيع حامل العقد :