طلب تأمين جماعي

حامل العقد : ..... رقم الموظف : .....

تاريخ بداية التأمين : ..... رقم الضمان الاجتماعي : .....

الاسم الكامل باللغتين العربية والإنجليزية			Blood type زمرة الدم	wt الوزن	ht الطول	Gender الجنس	Class الدرجة	Date of Birth تاريخ الميلاد	صلة القرابة (*)	National Number as stated on each Member national I.D الرقم الوطني
الأول	الأب	العائلة	A+, O+, ...etc	KG كغم	CM سم	M/F الجنس	X.A. B.C الدرجة	DD.MM.YY	3 ، 2 5 ، 4	
Family name	Father name	First name								

* صلة القرابة : 2= موظف ، 3= زوج ، 4= طفل ، 5= أخرى

الحالة الاجتماعية : ..... عدد الأبناء : ..... تاريخ ابتداء العمل : ..... الجنسيه/الاقامه..... الهاتف الشخصي : .....

عنوان السكن : .....

ملاحظة : على مقدم الطلب الإجابة على الأسئلة أدناه عن نفسه وبالنيابة عن الزوجة و/أو الأولاد و/أو المعالين وذكر التفاصيل في المكان المخصص إذا كانت الإجابة "نعم".

في رأيك وحسب معلوماتك، هل سبق وأن تم تشخيصك أو تلقيك علاجاً، (ربما في ذلك الحالات التي استدعت الدخول إلى المستشفى أو الجراحة)، أوشعرت بأي اعتلال أو ألم أو ظهرت عليك أو أي من المعالين إحدى الأعراض التالية :

	نعم	لا		نعم	لا		نعم	لا
1. الضغط، القلب والأوعية الدموية			8. أمراض الجهاز البولي			15. الإيدز		
2. أمراض تشوهات خلقية ووراثة			9. أمراض الجهاز الليمفاوي			16. أمراض الجلد وتوابعه		
3. السرطان وأمراض الدم			10. الحمل والولادة (الزوجة)			17. أمراض العظام والعضلات والمفاصل		
4. الأمراض العصبية، العقلية والنفسية			11. الروماتيزم والمناعة			18. أمراض الغدد الصماء و السكري		
5. أمراض الكلى والأملاح			12. العمليات والإجراءات الطبية السابقة			19. أي اعتلال، شكوى مرضية، أمراض غير مذكورة أعلاه		
6. أمراض الجهاز الهضمي			13. آلام الظهر			20. هل سبق أن اشتركت أو تنوي الاشتراك في رياضة أو هواية خطرة		
7. أمراض الجهاز التنفسي			14. أمراض الجهاز العصبي					

إذا كانت الإجابة (نعم) اذكر التفاصيل والأسباب والعلاجات في المكان المخصص وإرفاق التقارير الطبية من الطبيب المعالج

التفاصيل :

_____

_____

_____

إنني اطلعت على الشروط العامة للتأمين وموافق عليها، كما أنني أفوض بموجب ما جاء أعلاه طبيبي المعالج وأية مؤسسة للخدمات الطبية أو أية هيئة أو شخص لديه أية معلومات عن صحتي ونشاطي (وصحة ونشاط من أعيل) أن يقدمها إلى الشركة وذلك يشمل سجلات المستشفى وأية سجلات أخرى تعود لأية استشارة طبية أو تشخيص أو معالجة، كما وأن صورة هذا التفويض تعتبر صالحة للغايات المذكورة كما لو كانت الأصل.

ملاحظة : الرجاء ارفاق صورة عن دفتر العائلة والصور الشخصية لجميع المطلوب التأمين عليهم.

التاريخ : _____ توقيع طالب التأمين : _____ ختم وتوقيع حامل العقد : _____