

مخصص للإدارة:
الفترة التعاقدية:
من: _____ إلى: _____
رقم العميل:
رقم البوليصة:

طلب الضمان والإستمارة الطبية (الفردية/العائلية)

الإسم الأول: _____ إسم الأب: _____ الشهرة: _____
رقم الهوية: _____ الجنس: ذكر أنثى
العنوان:

البلد/المدينة: _____ هاتف/خلوي: _____
شارع/بناية/طابق: _____ ص.ب.: _____
البريد الإلكتروني: _____

البرامج (الرجاء اختيار برنامج واحد فقط)

البرنامج	الشبكة	المبالغ المقتطعة	الدرجة
<input type="checkbox"/> Perpetual Program دائم	<input type="checkbox"/> الشبكة الكاملة Full Network	100 <input type="checkbox"/> 200 <input type="checkbox"/> 300 <input type="checkbox"/> 400 <input type="checkbox"/> 500 <input type="checkbox"/> 600 <input type="checkbox"/> 750 <input type="checkbox"/> 1000 <input type="checkbox"/>	Lux <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> SP <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> ChamalNet <input type="checkbox"/> SouthNet <input type="checkbox"/>		A <input type="checkbox"/> SP <input type="checkbox"/>
	Select <input type="checkbox"/>		A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/> برنامج Across Plus	الدرجة <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> برنامج الرازي	الدرجة <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> برنامج Across
<input type="checkbox"/> برنامج تغطية العامل الأجنبي ExpatCare	الشبكة <input type="checkbox"/> Full <input type="checkbox"/> Limited	<input type="checkbox"/> برنامج تغطية العامل الأجنبي Expatriate		<input type="checkbox"/> برنامج Junior Marco Polo
<input type="checkbox"/> برنامج Marco Polo (Stand Alone)	الجنسيات التي يحملها المؤمنون			

خطط إضافية

<input type="checkbox"/> الفحوصات الخارجية Ambulatory	الدخل اليومي: الخيار الأول - مستوى ١ <input type="checkbox"/> ٢ <input type="checkbox"/> ٣ <input type="checkbox"/> Daily Income	<input type="checkbox"/> Marco Polo
<input type="checkbox"/> الأدوية PMB	الدخل اليومي: الخيار الثاني - مستوى ١ <input type="checkbox"/> ٢ <input type="checkbox"/> ٣ <input type="checkbox"/> Daily Income	<input type="checkbox"/> Mieux-Etre
<input type="checkbox"/> زيارة الطبيب MD	خيار التحويل الدائم Perpetual Conversion Option <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Columbus

الوضع العائلي للمضمون أعزب متاهل مطلق أرمل

أفراد العائلة	الإسم	الجنس	تاريخ الولادة	الجنسية	مع ضمان إجتماعي الطول	الوزن	هل تدخن؟	المهنة	فئة الدم
المضمون			/ /		<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		
الزوج/الزوجة			/ /		<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		
الأولاد			/ /		<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		
			/ /		<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		
			/ /		<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		
			/ /		<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		

هل يوجد شخص في العائلة لم يطلب تأمينه؟ نعم لا إذا أُجبت بنعم فما هي الأسباب؟

إذا سبق لأحد الأشخاص المدرجة أسماؤهم على هذه اللائحة أن أصيب أو عولج أو خضع لعملية جراحية بسبب أي مرض من الأمراض المدرجة أدناه خلال السنوات العشر الأخيرة، الرجاء وضع علامة (X) في الخانة المخصصة للحالة الصحية:

<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	٩. أمراض الدم (فقر الدم...)	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	١. أمراض القلب والشرايين (ارتفاع في ضغط الدم، ذبحة قلبية...)
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	١٠. أورام خبيثة في الجسم أو الدم (سرطان)	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	٢. أمراض الجهاز التنفسي (الربو، السل...)
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	١١. الأمراض المنقولة جنسياً ومرض أو فيروس السيدا (AIDS)	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	٣. أمراض الجهاز الهضمي (القرحة، الكبد...)
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	١٢. سوء تقويم خلقي أو عجز	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	٤. أمراض الكلى والمسالك البولية
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	١٣. أمراض أخرى، حوادث أو عمليات سابقة أو مستقبلية على علم مسبق بها	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	٥. أمراض العظم والعضلات أو الأعضاء المزروعة
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	١٤. هل تناول أو يتناول أحدكم أي دواء أو تابع أو يتابع أي علاج؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	٦. أمراض الجهاز العصبي (انهيار عصبي، تليف لويحي، داء النقطة...)
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	١٥. هل يعاني أحدكم من أي حساسية على دواء، طعام أو غيره؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	٧. أمراض الغدد والسكري (دهن الدم، الغدة الدرقية...)
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	١٦. للنساء: هل أنت حامل في الوقت الحاضر؟ ما هو تاريخ الولادة المتوقع؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	٨. أمراض الأذن، الأنف، الحنجرة أو العين

إذا أُجبت بنعم على أحد هذه الأسئلة المدرجة أعلاه، الرجاء الإبداء بالمعلومات الكاملة بتحديد اسم الفرد الذي أصيب أو عولج من مرض ما، رقم المرض الذي عولج منه كما هو مرقم أعلاه، مع كافة التفاصيل في ما يلي:

الإسم	رقم العرض	التشخيص	العلاج	التاريخ	اسم الطبيب أو المستشفى

أنا الموقع أدناه طالب (S) الضمان - أفيد بأن المعلومات المذكورة آنفاً والمتعلقة بي وبأفراد عائلتي مطابقة للواقع وكاملة. وعليه فإنني أجاز لشركة الضمان ومدت الاستفسار عن حالتي الصحية وحالة أفراد عائلتي لدى كافة المراكز الطبية والمستشفيات والأطباء. كذلك أطلب من الأطباء الذين سبق لهم أن عاينوني ومن أي مستشفى أو مركز طبي وشركات التأمين والهيئات الأخرى التي سبق لنا أن طلبنا منها التعاقد لإجراء ضمان صحي و/أو على الحياة تزويدهم بجميع المعلومات الصحية المتوفرة لديهم ويصور عنها. ولهذه الغاية أرفع السرية الطبية باسمي وبأسم أفراد عائلتي لصالح الضامن ومدنت ومندوبيها. إن التصاريح المذكورة في "طلب الضمان والاستمارة الطبية" هذا كما في إفادة الطبيب المعين، إذا وجدت، وكافة التصاريح السابقة تشكل أساس طلب الضمان المنوي إبرامه بيني وبين شركة الضمان. إن أي جواب غير صحيح أو حالة إفغال أو إسقاط وقائع متعلقة بي وبأفراد عائلتي كان من الواجب التصريح عنها لشركة الضمان بالموضوع المذكور يعطيان الحق لشركة الضمان بإلغاء حقي أو حقنا في التعويض وذلك منذ تاريخ بدء مفعول العقد بدون إرجاع الأقساط المدفوعة. كما وإنني أطلب من مدنت ومندوبيها إعلام طبييي المعالج، ضمن إمكانياتهم، بالمعلومات المتوفرة لديهم حول صحتي وصحة أفراد عائلتي وأصرح بأنني قد اطلعت على أحكام البوليصة وشروطها واستثنائها العامة وبناء عليه أطلب الضمان لي ولأفراد عائلتي المعددين أعلاه.

التاريخ: _____ الإضاء: _____