



## طلب انتساب للتأمين الصحي (فردى/عائلى)

رقم الوثيقة .....  
البرنامج .....

### معلومات عن طالب التأمين

الاسم	اسم الاب	اسم الجد	العائله	رقم الهاتف الخليوي

### عنوان المنزل

المدينة	الحي	رقم الهاتف

### عنوان العمل

المدينة	الحي	رقم الهاتف

طريقة الدفع :  سنوي  نصف سنوي  
الحاله الاجتماعيه :  متزوج  اعزب  مطلق  أرمل

عدد المعالين حسب دفتر العائله .....

هل احد افراد العائله غير المطلوب التأمين عليه ؟ ..... يرجى ذكر الاسباب .....

### بيانات المطلوب التأمين عليهم :

الوزن 'كغ'	الطول 'سم'	الحاله الاجتماعيه	الجنس	صلة القرابته	تاريخ الميلاد			الرقم الوطنى الاسم الثلاثى	
					اليوم	الشهر	السنة		
		<input type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/> أعزب	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> موظف <input type="checkbox"/> زوج/زوجه <input type="checkbox"/> ابن / ابنة	/	/	/		
		<input type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/> أعزب	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> موظف <input type="checkbox"/> زوج/زوجه <input type="checkbox"/> ابن / ابنة	/	/	/		
		<input type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/> أعزب	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> موظف <input type="checkbox"/> زوج/زوجه <input type="checkbox"/> ابن / ابنة	/	/	/		
		<input type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/> أعزب	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> موظف <input type="checkbox"/> زوج/زوجه <input type="checkbox"/> ابن / ابنة	/	/	/		
		<input type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/> أعزب	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> موظف <input type="checkbox"/> زوج/زوجه <input type="checkbox"/> ابن / ابنة	/	/	/		
		<input type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/> أعزب	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> موظف <input type="checkbox"/> زوج/زوجه <input type="checkbox"/> ابن / ابنة	/	/	/		

يرجى تحديد و وصف كامل لطبيعة المهنة .....  
هل تحمل انت /أو اي من المطلوب التأمين عليهم جنسيه اخرى غير المذكوره اعلاه ؟ .....



هل لديك انت / أو اي من المطلوب التامين عليهم اي اقامه دائمه او اقامه مؤقتة غير المذكوره اعلاه؟.....

ملاحظه : على مقدم الطلب الاجابه على الاسئله ادناه نيابة عن نفسه وعن جميع المعالين القانونيين و بحسب دفتر العائله و ذكر التفاصيل اذا كانت الاجابه نعم .

لا	نعم	السجل التأميني
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1- هل سبق ان قدمت طلب تامين الى شركتنا أو / اي شركة اخرى للتأمين الصحي و لم بيت فيه؟.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2- هل سبق ان قدمت طلباً على التأمين الصحي و تم رفضه و / أو قبوله بشروط خاصه؟.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3- هل سبق ان قامت شركتنا بإنهاء او رفض تجديد عقد التأمين الصحي؟.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4- هل سبق ان كنت مؤمناً تأميناً صحياً؟.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5- هل انت مؤمن حالياً في اي تأمين آخر .....
		اذا كانت الاجابه نعم يرجى ذكر التفاصيل .....

#### النشاطات الخطره

هل سبق ان اشتركت او تنوي الاشتراك في رياضه او هوايه خطره ؟

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1- قيادة الطائرات .....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2- الغوص تحت الماء بأجهزة التنفس .....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3- سباق السيارات .....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4- سباق الدراجات .....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5- الهبوط بالمظله .....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6- تسلق الجبال باستعمال الحبال .....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7- الطيران الشراعي .....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8- غيرها من الرياضات .....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	اذا كان الاجابه ب- نعم على اي من الاسئله المذكوره هل تقوم بهذا النشاط كرياضي محترف؟.....

#### الحاله الصحيه و السجل الصحي العائلي

هل سبق و ان تم تشخيصك او تلقيت علاجاً ربما في ذلك الحالات التي استدعت الدخول الى المستشفى او الجراحه ، و شعرت بأي اعتلال او الم او ظهرت عليك أو على المعالين احدى الاعراض التاليه:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1- الامراض الانتقائيه و المعديه و الطفيليه .....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2- الاورام الحميديه و الخبيثه .....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3- امراض الغدد الصماء و السكري و المناعه .....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4- امراض الدم و الاعضاء المكونه للدم .....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5- الامراض العقليه و النفسيه .....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6- امراض الجهاز العصبي .....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7- امراض القلب و الاوعيه الدمويه و الضغط و الجهاز الليمفاوي .....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8- أمراض الجهاز التنفسي .....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9- امراض الجهاز الهضمي .....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10- أمراض المجاري البولييه و التناسليه و اعتلالات الثدي .....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11- الحمل و الولاده و مضاعفاتها .....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12- امراض الجلد .....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13- امراض العضلات .....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14- التشوهات الخلقيه و الامراض الموروثة .....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15- امراض العظام و المفاصل و الام الظهر .....



- 16- امراض الروماتيزم .....  
 17- اي عمليات او دخولات سابقه للمستشفى .....  
 18- هل تتعاطى اي انواع من الادويه .....  
 19- هل سبق و ان اجريت اي عملية تنظير و/أو قسطره .....  
 20- هل هناك مشكلة عقم بالعائلة .....  
 21- اي شكوى او اعتلال اخر لم يذكر سابقاً  
 اذا كانت الاجابه بـ نعم لأي من الحالات السابقه يرجى تحديد الاسم و كتابة التفاصيل عن حاله المرضيه و ارفاق التقارير الطبيه  
 اللازمه .....

#### النمط المعيشي

- 1- هل تدخن ؟  
 2- هل تتناول المشروبات الروحيه ؟  
 3- هل تعمل اكثر من 40 ساعه في الاسبوع ؟  
 4- هل تنام اقل من 6 ساعات في اليوم ؟  
 5- هل تسافر الى الخارج اكثر من 6 مرات في السنه ؟  
 اذا كانت الاجابه بـ نعم يرجى تحديد الاسم و كتابة التفاصيل .....  
 هل اصيب احد عائلتك بمشاكل صحيه سابقاً ؟  
 1- ما هو التشخيص الطبي للمرض ؟  
 2- تاريخ اخر معالجه / شكوى مرضيه ؟  
 3- ما هي حاله الانيه للمرض ؟ .....  
 (أ) شفاء تام .....  
 (ب) العلاج ما زال جاري .....  
 داخل و خارج المستشفى .....  
 خارج المستشفى فقط .....  
 داخل المستشفى فقط .....  
 (ج) هل هناك اية اعراض متبقيه ؟ .....  
 (د) هل المعالجه متوقعه قريباً ؟ .....  
 داخل و خارج المستشفى .....  
 خارج المستشفى فقط .....  
 داخل المستشفى فقط .....  
 4- هل تمت معالجه المرض ؟ .....  
 داخل و خارج المستشفى .....  
 خارج المستشفى فقط .....  
 داخل المستشفى فقط .....  
 5- ما مدى تكرار حدوث الاعراض ؟ .....  
 أو هل يمكن وصف المرض كالتالي :  
 عارض .....  
 مزمن .....  
 متكرر الحدوث .....  
 6- هل تم اجراء عملياته جراحيه ؟ .....

اذا كانت الاجابه نعم ، الرجاء تحديد تاريخ اجراء العمليه :



في حال الاصابه بـ: كسور العظام ، اصابات العظام ،الاورتار.....الخ

هل تم استخدام اي مواد لتثبيت اصابات العظام ؟ نعم  لا   
هل تم ازالتها فيما بعد ؟ نعم  لا

7-هل تعاني من مرض السكري ؟ نعم  لا  ما هي طريقة العلاج؟ الحميه  دويه  انسولين

8-هل تعاني من مضاعفات السكري؟ (مثل امراض العيون ، الكلى،أعصاب،.....الخ) نعم  لا

9-تاريخ اخر فحص سكري .....النتيجه .....  
10-هل تعاني من مرض ضغط الدم؟ نعم  لا

اذا كانت الاجابه بـ نعم يرجى تسجيل اخر قراءه ( العاليي ..... المنخفض ..... )

ملاحظه : يرجى تعبئة المعلومات المذكوره اعلاه لكل حاله مرضيه في حال وجود اكثر من حاله.

**في حال وجود حالات مرضية مزمنة، الرجاء ذكر أسماء جميع الأدوية الدورية (الشهرية) بالإضافة الى تزويدنا بتقرير طبي حديث مفصل عن حاله المرضيه**

عدد العلب/شهر	اسم الدواء + العيار

عدد العلب/شهر	اسم الدواء + العيار

انا الموقع ادناه اصرح بأن المعلومات المقدمه و المبينه في هذا الاستبيان هي معلومات كامله و صحيحة عن صحي و نشاطي ( و صحة و نشاط من أعيل ) و ان اي اجابه مغلوطة او غير صحيحة سوف تؤدي الى الغاء كافة حقوقي في التغطية التامينيه الممنوحه ضمن عقد التامين الصحي كما انني افوض اي جهه طبيه بتزويد شركة الضامنون العرب بكافة المعلومات و المستندات الطبيه التي تعتبرها الشركه ضروريه لموضوع التامين . و ان صورة هذا التفويض تعتبر صالحه للغايات المذكوره كما لو كانت بالاصل .

- ان إخفاء و/ أو تغيير أي معلومات صحية سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف أية معالجة طبية تنشأ عن حالة مرضية سابقة لتاريخ هذا الطلب وغير مصرح عنها بطلب الانتساب.
- ان تعبئة الطلب بالشكل الكامل والصحيح لا يعتبر شرطاً ملزماً لقبول التأمين.

يرجى إرفاق:

- ✓ صور شخصية لجميع المشتركين بالتأمين.
- ✓ صورة عن دفتر العائلة.
- ✓ إثبات انتفاع أي من المشتركين من تأمين آخر (إن وُجد).

تاريخ تقديم الطلب : ..... تاريخ بدء التأمين : .....

اسم مقدم الطلب : ..... توقيع المتعاقد : .....

اسم الوكيل/الوسيط : .....