

طلب التأمين الصحي والاستمارة الطبية (المجموعات)

الاسم الأول: \_\_\_\_\_ اسم الأب: \_\_\_\_\_ الشهرة: \_\_\_\_\_  
رقم الهوية: \_\_\_\_\_ الجنس:  ذكر  أنثى  
العنوان  
البلد / المدينة: \_\_\_\_\_  
شارع / بناء / طابق: \_\_\_\_\_  
هاتف / خلوي: \_\_\_\_\_  
ص.ب: \_\_\_\_\_  
البريد الإلكتروني: \_\_\_\_\_

البرامج (الرجاء اختيار برنامج واحد فقط علماً أن البرنامج الذهبي متاح فقط للمجموعات دون الـ 125 موظف كما أن الخطط الإضافية في البرنامج الذهبي تعتبر خطة واحدة ولا يمكن اختيار أحدها بشكل منعزل):

<input type="checkbox"/> برنامج العقيلة الأول Al Aqeelah product 1 <input type="checkbox"/> برنامج العقيلة الثاني Al Aqeelah product 2 <input type="checkbox"/> برنامج العقيلة الثالث Al Aqeelah product 3	<input type="checkbox"/> درجة الإقامة <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B
<input type="checkbox"/> برنامج العقيلة الذهبي- إقليمي AGR <input type="checkbox"/> برنامج العقيلة الذهبي- سوريا AGS	<input type="checkbox"/> برنامج الخادمت Housemaid <input type="checkbox"/>

خطط إضافية

<input type="checkbox"/> الفحوصات الخارجية Ambulatory نسبة التحمل: <input type="checkbox"/> 0% <input type="checkbox"/> 15%	<input type="checkbox"/> الأسنان (5000-10000-15000) / (فترة انتظار - بدون فترة انتظار) التحمل: <input type="checkbox"/> 0% <input type="checkbox"/> 15%
<input type="checkbox"/> الأدوية PMB نسبة التحمل: <input type="checkbox"/> 0% <input type="checkbox"/> 15%	<input type="checkbox"/> زيارة الطبيب DV <input type="checkbox"/> النظارات (2500-5000) / (عدسات - عدسات وإطارات)

الوضع العائلي للمضمون	أعزب	متزوج	مطلق	أرمل	أفراد الأسرة	الاسم	الجنس	تاريخ الولادة	الجنسية / الجنسيات	الطول	الوزن	هل تدخن	المهنة	فئة الدم
المشترك								/ /				نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>		
الزوج/الزوجة								/ /				نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>		
الأولاد								/ /				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"/>		

هل يوجد شخص في العائلة لم يطلب تأمينه؟ نعم  لا  إذا أجبت 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 1. أمراض القلب والشرايين (ارتفاع في ضغط الدم، ذبحة قلبية ...)	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا 9. أمراض الدم (فقر الدم ...)
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا 2. أمراض الجهاز التنفسي (الربو، السل ...)	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا 10. أورام خبيثة في الجسم أو الدم (سرطان)
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا 3. أمراض الجهاز الهضمي (القرحة، الكبد ...)	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا 11. الأمراض المنقولة جنسياً ومرض أو فيروس السيدا AIDS
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا 4. أمراض الكلى والمسالك البولية	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا 12. سوء تقويم خلقي أو عجز
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا 5. أمراض العظم والعضلات أو الأعضاء المزروعة	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا 13. أمراض أخرى، حوادث أو عمليات سابقة أو مستقبلية على علم مسبق بها
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا 6. أمراض الجهاز العصبي (انهيار عصبي، تصلب لويحي، جلطة ...)	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا 14. هل تناول أو يتناول أحدكم أي دواء أو تابع أو يتابع أي علاج؟
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا 7. أمراض الغدد والسكري (دهن الدم، الغدة الدرقية ...)	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا 15. هل يعاني أحدكم من أي حساسية على دواء، طعام أو غيره؟
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا 8. أمراض الأذن، الأنف، الحنجرة أو العين	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا 16. للنساء: هل أنت حامل في الوقت الحاضر؟ ما هو تاريخ الولادة المتوقع؟

إذا أجبت بنعم على أحد هذه الأسئلة المدرجة أعلاه، الرجاء الإدلاء 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:

الاسم	رقم المرض	التشخيص	العلاج	التاريخ	اسم الطبيب أو المستشفى

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

توقيع المشترك: ..... توقيع الزوج / الزوجة: ..... توقيع الأولاد (أو ولي الأمر): .....