

UW-03

## طلب تكافل طبي عائلي

**مهم: الرجاء ملء هذا الاستمارة بعناية ودقة فائقة وعدم إغفال أي معلومة مطلوب إثباتها وفي حال عدم وجودها يصرح بذلك. تملأ بواسطة المستفيد/التكافل تحت إشراف المشترك.**

**المعلومات الشخصية لطالب التأمين/ أو من ينوب عنه/ أو من يمثله: (الحد الأقصى لعمر حامل الوثيقة ٦٠ عام)**

إسم طالب التأمين (رباعي): .....

علاقة مقدم الطلب بطالب التأمين: والد  والدة  ابن  ابنة  زوج  زوجة

الرقم الوطني: .....

الجنس: ذكر  أنثى  مكان الميلاد: ..... تاريخ الميلاد: / /

الحالة الاجتماعية: عازب  متزوج  أرمل  مطلق  عدد الأبناء

المستوي التعليمي: .....

المهنة الحالية: ..... المهنة السابقة: .....

أسم المخدم/الشركة/المنظمة/المؤسسة: .....

عنوان العمل: .....

الهاتف: ..... الموبايل (١) ..... الموبايل (٢) .....

البريد الإلكتروني: .....

عنوان السكن/ المدينة: ..... المنطقة: ..... الحي المربع: ..... رقم المنزل: .....

**معلومات عامة:- (في حالة نعم يرجى التفصيل/ إذا أجبت بنعم فما هي الأسباب/ السبب)**

هل تلقيت أية مساعدة طبية لتقليل وزنك بسبب خلل/ علة/ أو مرض	نعم	لا
هل تعرضت لأي نوع من الإصابات بمجال عملك السابق/الحالي؟	نعم	لا
هل لديك عضوية لاتحاد مهني أو رابطة او جمعية قومية؟	نعم	لا
هل لديكم تأمين طبي حالياً؟	نعم	لا
أذكر إسم شركة التأمين السابقة/ الحالية		
نوع التأمين الحالي	جماعي (شركة/مؤسسة/جهة)	عائلي
كم عدد المعولين/ المنتفعين/ المستفيدين بهذا التأمين؟ (إن وجد)		
هل قمت بسداد قيمة مبالغ التأمين للشركة السابقة/ الحالية؟	نعم	لا
هل تم رفض طلب تأمينكم أو تجديد تأمينكم من شركة تأمين من قبل إذا أجبت بنعم ماهي الأسباب؟		
هل يوجد شخص في العائلة لم يطلب تأمينه؟ غير مشمول بالتأمين؟	نعم	لا

يرجى التكرم بكتابة الفترات/النسب المئوية (%) /الساعات/الارقام بالتقدير أمام كل سؤال

هل تمارس عملاً يتوجب عليك الجلوس فيه لفترات زمنية طويلة؟	
طبيعة عملك تتطلب منك استعمال الكمبيوتر/الهاتف/الموبايل أثناء اليوم	
تتعامل مع الكمبيوتر بشكل يومي لأكثر من ساعتين متتاليتين	
هل ترتدي نظارة للقراءة/ للنظر كعلاج	
تمارس أطرافك كثيراً أثناء سير العمل وتعتمد على يديك لإنجاز العمل	
هل قمت بالتغيب عن العمل بسبب مرض/علة/خلل/حادث؟	

### التغطيات:-

التغطيات الإختيارية: تغطية الاسنان  تغطية النظر  تغطية الحمل والولاده   
 فئة التغطية: VIP  A  B  C

### بيانات أفراد الأسرة المكفولين:-

الزوجات والأبناء غير المتزوجين حتي سن الـ ١٨ سنة أو سن ٢٥ إذا كانوا يواصلون دراستهم علي أساس التفرغ الكامل و الوالدين بقسط إضافي علماً بأن الحد الأقصى للعمر الذي تغطيه الوثيقة 60 سنة وما تجاوز يغطي بقسط إضافي/نسبة %.

م	إسم التابع/المعول القانوني/الفرد بالأسرة	العلاقة	الجنس	تاريخ الميلاد
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

### التاريخ الطبي:-

إذا سبق لك أو لأحد المكفولين أعلاه أصيب أو عولج أو خضع لعملية بسبب أحد الأمراض المدرجة أدناه الرجاء **وضع الإشارة** حسب واقع الحال.

أمراض القلب والشرين (ضغط الدم ، الذبحة ، إعتلال عضلة القلب ..) نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	أمراض الأنف والأذن والحنجرة أو العين	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
أمراض الجهاز التنفسي (الربو ، السل ، الجيوب الأنفية) نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	أمراض الدم (فقر الدم ، خلل نيفي..)	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
أمراض الجهاز الهضمي (القرحة ، أمراض ، الكبد) نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	أورام خبيثة في الجسم أو الدم (السرطانات)	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
أمراض الجهاز العصبي (سكتة دماغية تصلب الجلطة ..) نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	سوء تقويم خلقي أو عجز أو إعاقة	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
أمراض العظم والعضلات والأعضاء المزروعة نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	أمراض الكلي أو المسالك البولية	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
أمراض الغدد والسكري (دهن الدم، الغدة الدرقية ..) نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	أمراض أخرى ،حوادث أو عمليات	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>

### تفاصيل التاريخ الطبي لطالب التأمين

هل تشكو من أية اعراض؟	نعم	لا	في حالة نعم المرجو ذكرها:
تاريخ ظهور الاعراض	/ /	٢٠	اسم الطبيب الذي قمت بزيارته:
اسم المستشفى/المركز	عنوان الطبيب المعالج:		



**تاريخ العائلة الطبي المتكافلين/المعولون (الأب/ الأم/ الأقارب):-**

<input type="checkbox"/>	لا	<input type="checkbox"/>	نعم	خلل مورث أو مرض جيني ؟
<input type="checkbox"/>	لا	<input type="checkbox"/>	نعم	تصلب في الأوعية الدموية ؟
<input type="checkbox"/>	لا	<input type="checkbox"/>	نعم	السرطان ؟
<input type="checkbox"/>	لا	<input type="checkbox"/>	نعم	إعتلال أو إضطراب عقلي ؟
<input type="checkbox"/>	لا	<input type="checkbox"/>	نعم	أمراض في الجهاز العصبي و/ أو أعضاء الحواس ؟
<input type="checkbox"/>	لا	<input type="checkbox"/>	نعم	أمراض القلب و الشرايين ؟
<input type="checkbox"/>	لا	<input type="checkbox"/>	نعم	السكري ؟
<input type="checkbox"/>	لا	<input type="checkbox"/>	نعم	الناعورية (عدم تجلط الدم -الهيموفيليا) ؟
<input type="checkbox"/>	لا	<input type="checkbox"/>	نعم	إضطراب أبيض وراثي (إستقلاب) ؟
<input type="checkbox"/>	لا	<input type="checkbox"/>	نعم	أمراض الدم ؟

**لمحة شخصية: إذا أجبنا بنعم الرجاء التفصيل وإعطاء الأرقام**

<input type="checkbox"/>	لا	<input type="checkbox"/>	نعم	هل أنت مدخن ؟
<input type="checkbox"/>	لا	<input type="checkbox"/>	نعم	هل تتعاطي التبغ (التمباك) ؟
<input type="checkbox"/>	لا	<input type="checkbox"/>	نعم	هل تشرب الكحول ؟
<input type="checkbox"/>	لا	<input type="checkbox"/>	نعم	هل تمارس أي نوع من التمارين الروتينية ؟
<input type="checkbox"/>	لا	<input type="checkbox"/>	نعم	هل تمارس أي نوع من الرياضات الخطرة ؟
.....				كم مرة تزور الطبيب في السنة ؟
.....				كم ساعة تنام في اليوم ؟
.....				كم ساعة تعمل في اليوم ؟
.....				كم مرة تسافر علي متن طائرة في السنة ؟

**إقرار**

أنا..... مقدم طلب التأمين أقر أن البيانات الواردة في هذا الطلب حقيقية و كاملة وأؤكد بأنني لم أخفي أي معلومات أعلم بها وأي معلومة خاطئة يشملها هذا الطلب تجعل العقد باطلا وتسقط حقوقنا في اي أو كل المطالبات أو تؤدي إلي إلغاء العقد، وأجيز للشركة المتخصصة للتأمين الطبي المحدودة الإستفسار عن أي معلومة ابية من جهة طبية أو شركة تأمين فيما يتعلق بعلاج أو تشخيص أي حالة طبية، وأوافق أن يكون هذا الطلب وأي مطلوبات تطلبها الشركة أساس لعقد التأمين.

التاريخ: / /

التوقيع :