

طلب ضمان صحي وفقاً لشروط العقد

إسم المتعاقد/ طالب الضمان:

رقم الهاتف / رقم الفاكس:

رقم الخليوي:

رقم البريد الإلكتروني:

مخصص للإدارة

تاريخ إستلام الطلب:

الفترة التعاقدية: من إلى

الجنس	المهنة	الوزن	الطول	تاريخ الولادة يوم/شهر/سنة	الضمان الإجتماعي		نسبة القرابة	أفراد العائلة	الإشخاص المطلوب ضمانها
					نعم	لا			
ذكر								الأساسي:	
أنثى								الزوج/الزوجة:	
								المعال:	

نوع البرنامج وقيمة القسط السنوي	الخطة الخارجية (Ambulatory)	الخطة الإستشفائية (In Hospital)			برنامج التغطية المطلوبة
		الدرجة	مع ضمان	دون ضمان	
	العادية				اللوكس
	أدوية				الأولى
	زيارات طبيب				الثانية
	فرق ضمان إجتماعي				الثالثة
	تغطية إضافية				مختلفة

ملاحظة:

هل يوجد شخص في العائلة غير مؤمن؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة نعم، إذكر السبب:

هل كنت مؤمناً سابقاً؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة نعم، إذكر إسم الشركة السابقة:

توقيع المتعاقد

مقدم بواسطة

التاريخ

في

إذا سبق لك أو لأحد أفراد عائلتك المذكورين في هذا الطلب، أن أصيب أو عولج أو خضع لعملية جراحية بسبب أي مرض من الأمراض المحددة في ما يلي. الرجاء وضع علامة (✓) في الخانة المخصصة للحالة الصحية.

تصريح صحي	نعم	لا
١- أمراض القلب والشرايين	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
٢- إرتفاع أو هبوط في الضغط الدموي	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
٣- أمراض الرئة و/أو الربو	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
٤- أمراض الجهاز الهضمي (قرحة، كبد، مرارة،...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
٥- أمراض سرطانية على أنواعها	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
٦- أمراض الكلي والمسالك البولية	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
٧- أمراض العيون أو الأذن أو الأنف	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
٨- أمراض الدم	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
٩- إرتفاع في الدهون والشحوم (كوليستيرول، تريغليسريد،...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
١٠- أمراض في غدد الجسم (نخامية، درقية، الأدرنالكين،...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
١١- داء السكري	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
١٢- الأمراض المتنقلة جنسياً والسيدا	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
١٣- سوء تقويم خلقي أو عجز	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
١٤- مشاكل في العظم/العمود الفقري/المفاصل/روماتيزم	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
١٥- مشاكل في الأعضاء التناسلية (العقم)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
١٦- بواسير، فتاق، بيت شعر	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
١٧- مشاكل في الجهاز العصبي (جلطة، صرع، التصلب المتعدد)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
١٨- أمراض نفسية وعصبية (كآبة، قلق،...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
١٩- أمراض أخرى (الصداع النصفي،...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
٢٠- هل دخلت سابقاً المستشفى لأي سبب معين؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
٢١- هل أنت عادةً وحالياً في صحّة جيدة؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
٢٢- هل أنت عادةً بحاجة لإجراء أي عملية جراحية؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
٢٣- هل أنت خاضع حالياً لمعالجة أو إشراف طبيّ معين؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
٢٤- للزوجة: هل أنت حامل في الوقت الحاضر؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
٢٥- هل أنت مدخن؟ أذكر عدد السجائر في اليوم ومنذ متى؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
٢٦- هل تشرب الكحول؟ أذكر النوع والعدد في اليوم ومنذ متى؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

إذا أجبت بنعم على إحدى الأسئلة المحددة أعلاه، الرجاء الإدلاء بالمعلومات الكاملة وفقاً للجدول أدناه مع كافة التفاصيل:

الإسم	رقم	تفصيل الحالة	نوع العلاج	التاريخ	إسم الطبيب/المستشفى

أنا الموقع أدناه طالب الضمان أفيد بأن المعلومات المذكورة الآتية والمتعلقة بي وبأفراد عائلتي مطابقة للواقع وكاملة. وعليه فإنني أجزى شركة أقساط وتأمين ش.م.ل. الاستفسار عن حالتي وحالة أفراد عائلتي الصحية لدى كافة المراكز الطبية والمستشفيات والأطباء كذلك أطالب من الأطباء الذين سبق لهم وعائيتونا وشركات التأمين التي سبق لنا أن طلبنا منهم التعاقد لإجراء ضمان صحي و/أو على الحياة وأي مستشفى أو مركز طبي أو طبيب يزويدهم جميع المعلومات الصحية المتوفرة لديهم بصور عنها. ولهذا الغاية، أرفع السرية الطبية باسمي وبإسم أفراد عائلتي لصالح شركة أقساط وتأمين ش.م.ل. ومدوبيها. إن التصاريح المذكورة في طلب الضمان والإستمارة الطبية هذه كما في إفادة الطبيب المعان تشكل أساس طلب الضمان المنوي إبرامه بيني وبين شركة الضمان كما إن أي جواب غير صحيح أو حالة إغفال أو إسقاط وقائع متعلقة بي أو بأفراد عائلتي كان من الواجب التصريح عنها لشركة الضمان بالموضوع المذكور يعطي الحق لشركة الضمان بإلغاء حقّي أو حقاً في التعويض وذلك منذ تاريخ بدء مفعول العقد دون إرجاع الأقساط المدفوعة.

الإمضاء

التاريخ

أنا الموقع أدناه أصرح بانني قد إطلعت على أحكام البوليصة وشروطها وإستثناءاتها العامة، وبناءً عليه أطلب الضمان لي ولأفراد عائلتي المذكورين أعلاه.

الإمضاء

التاريخ

طلب تأمين سيارة

اسم المتعاقد / طالب الضمان:
رقم الهاتف/رقم الفاكس:
عنوان المتعاقد:
رقم الخليوي:
رقم البريد الإلكتروني:
.....

الماركة:

تاريخ الصنع:

رقم اللوحة:

طرارها:

شكلها:

نوعها:

عدد الأحصنة:

رقم المحرك:

رقم الهيكل:

ثمن السيارة:

الرجاء إرفاق صورة عن دفتر السيارة وصورة عن الهوية .