بسم الله الرحمن الرحيم

جمعية اليقين التعاونية

متعددةالأغراض/محدودةالمسؤولية

طلب اشتراك بصندوق التامين الصحي التكافلي

مقدم طلب الإشتراك	الاسم الاول	اسم الاب	اسم الجد	اسم العائلة
الحالة الاجتماعية	اعزب / متزوج	عدد الاولاد: ( )	درجة التأمين :	أولى / ثانية

الاســــــم		تاريخ الميلاد	الجنس		الرقم الوطني
الزوج		/ /	ذكر	انثى	
الزوجة		/ /	ذكر	انثى	
الابناء		/ /	ذكر	انثى	
الابناء		/ /	ذكر	انثى	
الابناء		/ /	ذكر	انثى	
الابناء		/ /	ذكر	انثى	
الابناء		/ /	ذكر	انثى	
الابناء		/ /	ذكر	انثى	

هل تعاني انت او اي من افراد عائلتك / او تم تشخيص أيا منكم بأحد الأمراض التالية: (يشمل ذلك الحالات التي استدعت الدخول الى المستشفى او الجراحة)

المرض	نعم	لا	صاحب المرض	المرض	نعم	لا	صاحب المرض
1. القلب و الاوعية الدموية				10.امراض الجهاز البولي و التناسلي			
2. امراض تشوهات خلقية و وراثية				11.امراض الجهاز اللمفاوي			
3. السرطان و امراض الدم				12.امراض العظام و العضلات الام الظهر			
4. الامراض العصبية ، العقلية، و النفسية				13.امراض الغدد الصماء و السكري			
5. امراض الكلى و الاملاح				14.الروماتيزم و المناعة			
6. امراض الجهاز الهضمي				15. ارتفاع ضغط الدم			
7. امراض الجهاز التنفسي				16.امراض الجهاز العصبي			
8. امراض الجلد و توابعة				17.اي اعتلال شكوى مرضية غير مذكورة			
9. الايدز ، الامراض الجنسية				18.العمليات و الاجراءات الطبية السابقه			

اذا كانت الاجابة على اي من الاسئلة اعلاه بنعم يرجى ذكر التفاصيل :

اسم المريض	التشخيص الطبي	الاجراء الطبي	تاريخه	الوضع الحالي

بتاريخ تقديم الطلب هل الزوجة : (حامل / غير حامل) – عدد أيام الحمل الحالية ( )

أنا الموقع أدناه أصرح و أوافق بالأصالة عن نفسي و بالنيابة عمن أعيلهم أنه و حسب أفضل علمي و اعتقادي, أن المعلومات الواردة في هذا الطلب و تلك الواردة في أية بيانات متعلقة به أو أية فحوصات طبية مطلوبة هي صحيحة و كاملة، و أن الاجابات و البيانات المذكورة في هذا الطلب تشكل جزءاً لا يتجزء من العقد و أوافق أنه لن يتم صرف أي تعريض بموجب عقد الاشتراك عن أية مصاريف طبية ناشئة عن أي اعتلال سابق لتاريخ هذا الطلب و لم يصرح به بتاريخ هذا الطلب و أن اخفاء المعلومات أو الادلاء بأي معلومات خاطئة من شأنه الغاء اشتراكي بالتأمين و تحملي كافة النفقات التي صرفت أو تصرف علي في هذا البرنامج.

أقر أنني اطلعت على الشروط العامة وتعليمات التأمين والإستثناءات وأوافق عليها ، وعليه فإنني أجيز للجمعية أو من ينوب عنها الإستفسار عن الإجراءات الطبية والمعالجات التي تمت من الجهة المعالجة أو أي جهة أو شخص لديه معلومات عن صحتي أو أي فرد من أفراد عائلتي، وأجيز لهذه الجهات تقديم المعلومات وذلك يشمل سجلات المستشفيات واستشارات الأطباء والتشخيص والمعالجة، و في حال تبين أن هناك اخفاء لأي معلومات طبية يحق للجمعية الغاء التأمين بدون انذار ،وأتحمل كامل التكلفة المالية للحالة و عدم التعويض عن الاقساط المدفوعة.

أقر بأن كافة المعلومات الواردة في هذا الطلب صحيحة وأتحمل كامل المسؤولية لذلك ، وعليه أوقع .

الاسـم والتوقيع تاريخ الإنتساب: / / 20 . تاريخ تقديم الطلب : / / 20

عنوان العمل / السكن :

رقم الهاتـــف :

رقم هاتف العمل / المنزل / هاتف بديل :

1. **لا يعتبر تقديم هذا الطلب قبولا" لاشتراك المنتفع ما لم تصدر بطاقة تأمين للعضو/المنتفع .**
2. **يرفق صورة عن دفتر العائلة (لاشتراك العائلة) .**
3. **يرفق صورة شخصية لكل منتفع.**
4. للجمعية الحق في رفض أي طلب أو معال دون إبداء الأسباب.