

طلب تأمين طبي فردي / عائلي برنامج كراون الطبي

إسم طالب التأمين (من أربعة مقاطع) :
إسم مكان العمل :
رقم الضمان الإجتماعي (إن وجد):
عنوان العمل : المدينة : المنطقة : رقم الهاتف (١) : رقم الهاتف (٢) :
ص.ب.: الرمز البريدي: البريد الإلكتروني:
عنوان المنزل : المدينة : المنطقة : رقم الهاتف (١) : رقم الهاتف (٢) :
ص.ب.: الرمز البريدي: البريد الإلكتروني:

طريقة الدفع : ☐ سنوي ☐ الحالة الإجتماعية : ☐ متزوج ☐ أعزب ☐ مطلق ☐ أرمل

بيانات المطلوب التأمين عليهم (متضمناً حامل العقد)

الاسم والرقم الوطني	اسم العائلة	تاريخ الميلاد	صلة القرابة	درجة التأمين	الجنس	الطول	الوزن	المهنة	الجنسية	محل الإقامة

السجل التأميني :

نعم	لا
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐

١. هل قمت سابقاً بتقديم أي طلب تأمين لشركتنا أو لأي شركة تأمين أخرى بغرض التأمين الصحي أو الحياة أو الحوادث ولم يبت به؟
٢. هل قمت سابقاً بتقديم أي طلب تأمين لشركتنا أو لأي شركة تأمين أخرى بغرض التأمين الصحي أو الحياة أو الحوادث وتم رفضه؟
٣. هل سبق وأن قامت إحدى شركات التأمين بإلغاء أو عدم تجديد عقد التأمين الخاص بك؟
٤. هل أنت مشمول حالياً بأي برنامج تأميني لدى أي جهات رسمية أو خاصة؟

النشاطات الخطرة :

- | | | | | | |
|-------------------|--|--------------------|--|-------------------|--|
| ١- الطيران الشرعي | نعم ☐ لا ☐ | ٢- تسلق الجبال | نعم ☐ لا ☐ | ٣- القفز المظلي | نعم ☐ لا ☐ |
| ٤- سباق السيارات | نعم ☐ لا ☐ | ٥- الغوص تحت الماء | نعم ☐ لا ☐ | ٦- قيادة الطائرات | نعم ☐ لا ☐ |

هل سبق وأن شعرت بأي أعراض و / أو اعتلال و / أو ألم و / أو تلقيت علاجاً (ربما في ذلك الحالات التي استدعت دخولك للمستشفى أو عمل جراحة ؟ الإجابة تكون عن المؤمن له ونيابة عن جميع التابعين القانونيين

نعم	لا
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐

- ٢- الأمراض الحميدة والخبيثة
- ٤- الأمراض العقلية والنفسية والعصبية
- ٦- أمراض القلب والشرابيين والأوعية الدموية
- ٨- أمراض الكلى والجهاز البولي والتناسلي وأمراض الثدي
- ١٠- أمراض الجهاز التنفسي
- ١٢- أي شكوى مرضية أو اعتلال غير مذكور ضمن البنود أعلاه

نعم	لا
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐

- هل عانيت من أي من الأمراض التالية ؟
- ١- الأمراض السارية والمعدية
 - ٣- أمراض الغدد الصماء والسكري والمناعة
 - ٥- أمراض الجهاز العصبي والأعضاء الحسية
 - ٧- أمراض الجهاز الهضمي والكبد والمرارة والبنكرياس
 - ٩- الحمل والولادة ومضاعفاتها أو أي أمراض نسائية
 - ١١- أي عمليات أو إجراءات طبية و/أو جراحية أو أي دخول سابق للمستشفى

في حالة الإجابة بنعم عن أي من البنود المذكورة أعلاه الرجاء ذكر التفاصيل في المكان المخصص تالياً :

التفاصيل :

النمط المعيشي :

نعم	لا
☐	☐
☐	☐
☐	☐

- ١- هل تسافر للخارج أكثر من ٥ مرات ؟
- ٢- هل تتناول المشروبات الروحية ؟
- ٣- هل تدخن ؟

التفاصيل الخاصة بالحالات المرضية :

- | | |
|--|--------------------------------|
| ١- ما هو التشخيص الطبي للمرض ؟ | ٢- هل تمت معالجة المرض ؟ |
| ٣- تاريخ اخر معالجة / شكوى مرضية ؟ | ٤- ما هي الحالة الالية للمرض ؟ |
| ٥- ما مدى تكرار حدوث الأعراض ؟ | ٦- هل تم إجراء عملية جراحية ؟ |
| ٧- هل تم استخدام أي من مواد للتثبيت (خاص بإصابات العظام) ؟ | تاريخ |

إن إخفاء و/ أو تغيير أي معلومات صحية سيؤدي إلى إعتبار عقد التأمين الصحي لاغياً في حال تمت الموافقة المسبقة على اصداره .

أقر بأنني إطلعت على الشروط العامة لوثيقة التأمين الصحي المطلوب إصدارها . و أوافق عليها كما أنني أفوض بموجب هذا الطلب طبيبي المعالج وأية مؤسسة للخدمات الطبية أو أية هيئة أو شخص لديه معلومات عن صحتي ونشاطي (وصحة ونشاط جميع المشمولين بالعقد) أن يقدمها إلى شركة الشرق العربي للتأمين وذلك يشمل سجلات المستشفى أو أية سجلات أخرى تعود لأية استشارة طبية أو تشخيص أو معالجة ، كما أن صورة هذا التفويض المختومة بالخاتم الرسمي لشركة الشرق العربي للتأمين تعتبر صالحة للغايات المذكورة كما كانت الأصل .

إن تعبئة الطلب بالشكل الكامل والصحيح لايعتبر شرطاً ملزماً لقبول التأمين

تاريخ تقديم الطلب : تاريخ ابتداء التأمين :

توقيع مقدم الطلب : توقيع ممثل شركة الشرق العربي للتأمين :