



## طلب تأمين صحي

جميع المعلومات تعامل بسرية تامة

صورة

المشترك

6×4

اسم صاحب العقد (الجهة المتعاقدة)		الفرع		رقم الموظف	
الاسم		الأب	الجد	العائلة	الجنسية
□ جواز السفر: □ رقم البطاقة الشخصية □		□			
تاريخ الميلاد: / الشهر / السنة		الجنس: ذكر □ أنثى □		الوزن/كج: الطول/سم:	
درجة الاشتراك بالتأمين: □ ممتازة □ أولى □ ثانية □ فائدة		تاريخ الاشتراك: / /			
طبيعة العمل (وصف طبيعة المهنة)/		مكان العمل/		هاتف العمل/	
الحالة الاجتماعية: □ أعزب □ متزوج □ أمم □ مطلق □		اسم الزوج/ الزوجة:			
تصنيف المشترك: □ رب أسرة □ ابن/ ابنة □ زوجة □ غير ذلك		الشارع/ المنطقة/ المدينة/ رقم البيت / هاتف/ فاكس/ سيار/ بريد الكتروني:			
هل سبق وكنت مؤمناً تأميناً صحياً؟ □ نعم □ لا ،		وهل سبق ورفض لك (أو قبل بشروط خاصة) تأمين صحي أو تأمين على الحياة؟ □ نعم □ لا			
نوع وفصيلة الدم/		طبيب العائلة/		الاتصال في حالة الطوارئ/	
العادات:		إستعمال حالي		إستعمال سابق	
*التدخين		□		□	
*القات		□		□	
هل توجد لديك حساسية لأي دواء أو أي مادة:		□ نعم □ لا		التفاصيل:	
هل أصيب أحد الوالدين بأمراض مزمنة؟		□ نعم □ لا		التفاصيل:	
هل تعاني من أي مرض حالياً ؟ وهل تعاني من أية أمراض مزمنة ؟ اذكرها:		اسم المرض تاريخ ظهور الحالة			
-1		الوضع الحالي			
-2					
-3					
أدوية تستخدمها حالياً، أو أدوية استخدمتها بانتظام في السابق:		تاريخ البدء		الوضع الحالي	
اسم الدواء		التكرار			
-1					
-2					
-3					
عمليات أجريت لك سابقاً وتاريخ إجرائها:		تاريخ إجرائها		الوضع الحالي	
اسم العملية					
-1					
-2					
-3					
للإناث فقط: (الحمل والولادة): تاريخ بدء الحمل: / /		التاريخ المتوقع للولادة: / /		الوضع الحالي:	
هل تعاني من أية إعاقة؟ □ نعم □ لا		أذكرها/			
هل تعاني أو عانيت من أية أمراض أو إصابات حالياً أو سابقاً أو عمليات جراحية غير المذكورة أعلاه (أذكرها بالتفصيل):					
التاريخ:		توقيع المشترك ( أو البصمة):		توقيع وختم صاحب العقد:	

