



الشركة الوطنية لإدارة التأمينات الصحية



استمارة اشترك في التأمين الصحي

المعلومات الشخصية

الاسم: العضوية:

الاسم بالانجليزي:

رقم الهوية: تاريخ الميلاد:

هاتف / جوال: العنوان:

الجنسية: الحالة: مازول / متدرب

الحالة الاجتماعية: أعزب، متزوج، مطلق، أرمل

معلومات المرافقين "المعالين"				
الاسم	صلة القرابة	الجنس	رقم الهوية	تاريخ الميلاد

أصرح وأوافق وأقر بالأصالة عن نفسي وبالنيابة عن أفراد عائلتي الذين أعيلهم، بأن جميع البيانات المذكورة في هذه الاستمارة صحيحة وكاملة، وستكون أساس لعقد التأمين الصحي، وأفوض شركة نات هيلث بالتأكد من صحة هذه البيانات والمعلومات وأي معلومات أخرى تحتاجها نتيجة لمطالبات تنشأ عن هذا العقد من أي جهة كانت (طبيب، مستشفى، شركة، ... الخ)، وأجيز لتلك الجهة التصريح عن المعلومات التي لديها عن صحي وحالتي المرضية دون أي تحفظ، وإن أي معلومات خاطئة أو معلومة لدي وغير مذكورة هنا تلغي إشتراعي في عقد التأمين الصادر بناءً على هذه الاستمارة.

ملاحظة:

1. يجب ارفاق صورة هوية طالب التأمين مع الاستمارة.

2. يجب ارفاق اثبات الشخصية للمرافقين "المعالين".

التاريخ: توقيع المشترك:

البيان الصحي للمشارك

ملاحظة: للإجابة (بنعم أو لا) وإذا كانت الإجابة نعم يرجى بيان التفاصيل أدناه وإرفاق التقارير الطبية المتوفرة:

البيان	الرقم
عانى أو يعاني من أي عاهة، بتر أو علة جسدية	1
هل يوجد لديك أمراض بحاجة لإجراء عمليات جراحية حالياً أو في المستقبل؟ إذا كان الجواب نعم، يرجى بيان التفاصيل	2
أقام في مستشفى أو مؤسسة علاجية بقصد الملاحظة، التشخيص، إجراء جراحي، أو معالجة؟ إذا كان الجواب نعم يرجى بيان التفاصيل	3
هل يعالج / عولج من أمراض عصبية أو أمراض نفسية أو مرض الشقيقة؟ إذا كان الجواب نعم، يرجى بيان التفاصيل	4
أعلم بوجود ضغط الدم، ألم بالصدر، سل، ربو، أمراض أو علة في الرئتين، علة في الجهاز التنفسي، أمراض القلب، أمراض جلدية، الكولسترول، ارتفاع نسبة الدهون، سكري، سفلس، سرطان، قرحة من أي نوع كان، فتق أو دوالي؟	5
أعلم بوجود التهاب مفاصل، روماتزم، علة في السمع، البصر، الأنف، الحنجرة، القلب والدورة الدموية، الدماغ أو الجهاز العصبي، المعدة، امراض القولون المرارة، الكبد أو الجهاز الهضمي، الأمعاء، الكلى، المثانة أو البروستات، العمود الفقري، الصدفية، الاكزيما؟	6
للإناث: أعلمت لديها ورم أو مرض في الثدي أو الأعضاء الأنثوية الأخرى أو تعقيدات الحمل؟	7
للإناث: (هل هناك حمل؟ وفي أي شهر؟)	8
هل يتعاطى أي علاجات حالياً؟ إذا كان الجواب نعم، وما هو المرض، وما هي التكاليف الشهرية للعلاج؟ هل سبق أن حصل على علاج أو استشارة طبية خاصة أو استشارة نفسية لأي حالة لم تذكر أعلاه؟	9
استعمال الكحول أو المخدرات؟	10
هل سبق أن رفض له طلب تأمين أو إعادة سريان تأمين على الحياة أو الطبي أو أجل أو قبل بشروط خاصة؟	11
هل لديك أو أي من الافراد مرض خلقي أو وراثي أو مرض متعلق بالنمو؟ إذا كان الجواب نعم، يرجى بيان التفاصيل	12
هل أنت منتفع من تأمين صحي آخر؟	13
هل أنت منتفع من تأمين صحي آخر؟	14

أوافق على الاشتراك في برنامج التأمين الصحي طبقاً لشروط التغطية

التاريخ:

توقيع المشترك: