**شركة الاراضي المقدسة للتأمين التكافلي**

صورة شخصية

**طلب اشتراك في التأمين الصحي**

**اسم الشركة المؤمنة: ............................................................**

**الرقم الوظيفي:...................**

|  |
| --- |
|  |

**الرجاء كتابة البيانات بخط واضح ووضع إشارة (🗸) في المكان المناسب.**

**. Where appropriate (🗸) Please write the details in Capitals and mark**

|  |
| --- |
| **معلومات الموظف**   **INFORMATION EMPLOYEE** |

**لقب الموظف:** السيد 🞎 Mr. السيدة 🞎 Mrs. الآنسة 🞎 Miss **Employee Title**:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **الإسم الأول** | **اسم الأب** | **اسم الجد** | **اسم العائلة** |
|  |  |  |  |

 **رقم الهوية ( ) (اجباري) الاسم باللغة الإنجليزية**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Surname(Family Name)** | **Grand Father Name** | **Father name** | **First Name** |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **تاريخ الميلاد Date of Birth****(DD-MM-YY)** | **الحالة الاجتماعية Marital status**  | **المنصب الوظيفي Job Title** | **الفرعBranch**  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **تاريخ التعيين Date of hiring** | **البريد الإلكتروني Email**  | **الهاتف الخلوي Mobile Tel**  | **خلوي الزوج/الزوجةSpouse Mobile** |
|  |  |  |  |

**عنوان السكن HOME ADDRESS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **عدد أفراد الأسرة No. of Dependents** | **الشارع Street**  | **الحي / القرية** | **المدينة City**  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **معلومات المعالين**   **INFORMATION DEPENDENTS** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **الرقم** | **الإسم الأول** | **اسم الأب** | **اسم الجد** | **اسم العائلة** | **صلة القرابة** | **تاريخ الميلاد** | **المهنة** | **رقم الهوية** |
| **First Name** | **Father Name** | **Grand Father Name** | **Family Name** | **Relation** | **Date of Birth (DD-MM-YY)** | **Profession** | **ID No.** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **التصريحات الطبية للموظف و معاليه****HEALTH DECLARATION OF THE EMPLOYEE AND THE DEPENDENTS** |

**للإجابة (بنعم أو لا) على جميع الأسئلة بخطً واضحٍ ومقروء، وإذا كانت الإجابة نعم يجب بيان التفاصيل أدناه وإرفاق التقارير الطبية المتوفرة.**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **القسم الأول : أسئلة عامة** |
| **الرقم** | **السؤال** | **نعم / لا** | **اسم المريض** | **في حال كانت الاجابه نعم يرجى بيان التفاصيل**  |
| **1** | عانى / يعاني من أي عاهة، بتر أو علة جسدية؟ |  |  |  |
| **2** | لديه مرض خلقي أو وراثي أو مرض متعلق بالنمو.  |  |  |  |
| **3** | يعالج /عولج من أمراض عصبية أو أمراض نفسية أو مرض الشقيقة؟ |  |  |  |
| **4** | أقام في مستشفى أو مؤسسة علاجية بقصد الملاحظة، التشخيص، إجراء جراحي، أو معالجة؟ |  |  |  |
| **5** | لديه أمراض بحاجة لإجراء عمليات جراحية حالياً أو في المستقبل؟ |  |  |  |
| **6** | يتعاطى أي علاجات حالياً بشكل دوري أو مستمر؟ |  |  | المرض:التكاليف الشهرية: |
| **7** | حصل على علاج أو استشارة طبية خاصة أو استشارة نفسية لأي حالة لم تذكر اعلاه؟  |  |  |  |
| **8** | يستعمل / استعمل الكحول أو المخدرات؟ |  |  |  |
| **9** | رفض له طلب تأمين أو إعادة سريان تأمين الحياة أو الصحي أو أجل أو قبل بشروط خاصة؟ |  |  |  |
| **10** | منتفع من تأمين صحي آخر؟ |  |  |  |
| **11** | هل تعاني أو يعاني أحد أفراد عائلتك من أية حالات مرضية تستلزم المتابعة الطبية أو العلاجات الدائمة؟يرجى بيان التفاصيل وذكر الأدوية المستخدمة والفحوصات اللازمة. |  |  |  |
| **12** | أي أمراض اخرى لم تذكر اعلاه أو عمليات أجريت لك أو لأحد أفراد عائلتك سابقا؟ |  |  |  |
|  |  **القسم الثاني: أمراض** |
| **13** | لديه (**ضع دائرة**): ضغط الدم، ألم الصدر، سل، ربو، علة في الرئتين، أمراض القلب، أمراض جلدية، كوليسترول، ارتفاع نسبة الدهنيات، سكري مع أو بدون إنسولين، سفلس، سرطان، قرحة من أي نوع كان، فتق أو دوالي؟ |  |  |  |
| **14** | لديه (**ضع دائرة**): التهاب مفاصل، روماتيزم، علة في السمع، الأنف، الحنجرة، القلب والدورة الدموية، الدماغ أو الجهاز العصبي، المعدة، القولون، المرارة، الكبد أو الجهاز الهضمي، الأمعاء، الكلى، المثانة أو البروستات، العمود الفقري، الصدفية، الأكزيما. |  |  |  |
| **15** | لديه (**ضع دائرة**): سكتة دماغية، علة في البصر، التهاب قولون مزمن، الغدد الصماء، الغدد اللمفاوية، وجع الظهر، وجع المفاصل، الحساسية، أمراض الجهاز التنفسي، أمراض عقلية، أمراض أخرى لم تذكر اعلاه. |  |  |  |
|  |  **القسم الثالث: خاص بالإناث (يشمل المؤمنه لها أو الزوجة أو الوالدة أو البنات فوق 18 عام)** |
| **16** | للإناث: هل يوجد ورم أو مرض في الثدي أو الأعضاء الأنثوية الأخرى أو تعقيدات الحمل، يرجى بيان التفاصيل. |  |  |  |
| **17** | للإناث: هل هناك حمل؟ يرجى بيان التفاصيل. |  |  | الشهر: |

|  |
| --- |
| **اقرار وتفويض DECLARATION AND AUTHORIZATION** |

|  |  |
| --- | --- |
| أنا الموقع أدناه، أقر وأعترف بأن جميع البيانات المذكورة أعلاه صحيحة وأوافق على اعتبارها أساساً لقبول التأمين حسب شروط وثيقة التأمين/الخطة.أفوض **شركة الاراضي المقدسة للتامين التكافلي/التأمين الصحي** بموجب هذا التصريح وفي أي وقت بالإطلاع و/أو الحصول على نسخة من ملفي الطبي و/أو جميع البيانات المتعلقة بي و/أو بأحد أفراد أسرتي لدى أية مرفق طبي تمت المعالجة و/أو التشخيص من قبله. وأي معلومة خاطئة تلغي تأميني وتعفي شركة التأمين من أي مسؤولية قانونية أو جزائية | I the undersigned hereby declare and confirm that the above mentioned information is true to the best of my knowledge and belief and agree to form the basis of the acceptance of Insurance/plan per the terms and conditions of the policy/plan. I authorize **Al-Aradi Al-Muqadasa** **T.I** Co. by this declaration at any time to collect and have a copy of my/my dependents’ medical records from any Medical facility. And I agree that wrong data I haven’t mentioned here cancel my subscription to the contract and exempt **Al-Aradi Al-Muqadasa** **T.I** of any legal or liability. |
| **تنويه: تصريحك عن جميع المعلومات الطبية يضمن حقك في الحصول على أفضل خدمة تأمينية وفقاً لشروط التغطية الممنوحة.**

|  |  |
| --- | --- |
| **يرجى ارفاق المتطلبات التالية مع طلب الاشتراك بالتأمين**  | **تم الارفاق نعم/لا** |
| * **صور الهويات الشخصية وملحق الهوية مفتوح بالكامل للمشترك وعائلته**
 |  |
| * **اثبات طالب للابناء اكبر من 18 عام مع صورة الهوية.**
 |  |
| * **صوره شخصية واضحه وحديثه، بدون أي فلتر، يتم تسمية الصورة برقم هوية المشترك.**
 |  |
| * **أحدث تقرير طبي بأدوية الامراض المزمنة (للحالات المزمنة فقط)**
 |  |
| * **صورة عن بطاقة التأمين السابقة**
 |  |

**توقيع الموظف (إلزامي) ــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــ EMPOLYEE SIGNITURE** التاريخ : ......../.........../............. **( إلزامي)** |