

نموذج طلب تأمين صحي فردي / عائلي

فئة التغطية	: يرجى الضغط للكتابة	شبكة المرافق الطبية	: يرجى الضغط للكتابة
رقم النقل	: يرجى الضغط للكتابة	صندوق البريد	: يرجى الضغط للكتابة
البريد الإلكتروني	: يرجى الضغط للكتابة	العنوان	: يرجى الضغط للكتابة
الحالة الاجتماعية	: يرجى الضغط للكتابة	عدد الأبناء	: يرجى الضغط للكتابة

المهنة	الوزن KG	الطول CM	صلة القرابة	الجنس	تاريخ الميلاد	الاسم		
						اسم العائلة	الاسم الثاني	الاسم الأول
			صلة القرابة	الجنس	تاريخ الميلاد			
			صلة القرابة	الجنس	تاريخ الميلاد			
			صلة القرابة	الجنس	تاريخ الميلاد			
			صلة القرابة	الجنس	تاريخ الميلاد			
			صلة القرابة	الجنس	تاريخ الميلاد			
			صلة القرابة	الجنس	تاريخ الميلاد			

القسم أ: التاريخ التأميني والأنشطة الغير مهنية (إذا كانت الإجابة ب نعم فيرجى تحديد السبب)

نعم	لا	الوصف	نعم	لا	الوصف
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم رفض طلبك للاشتراك بتأمين على الحياة و/أو الصحي من قبل؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل قمت بالاشتراك بتأمين على الحياة و/أو صحي بأقل من الشروط المتاحة؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تتركب دراجة نارية؟ (إذا كانت الإجابة "نعم"، فحدد ما إذا كنت ترغب بتغطية لحوادث الدراجات النارية)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل ترغب بتغطية جميع الأنشطة الرياضية "للهواة"؟ (إذا كانت الإجابة "نعم"، فحدد أخطر رياضة تمارسها حالياً أو تنوي ممارستها في المستقبل)

القسم ب: التاريخ المرضي للمشارك (إذا كانت الإجابة ب نعم فيرجى تحديد السبب)

هل تم تشخيصك أو علاجك أو شعرت بأي اضطراب أو ألم أو عانيت من أي أعراض متعلقة بما يلي:

نعم	لا	الوصف	نعم	لا	الوصف
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الجهاز الهضمي؟ (أي ارتداد، قرح، رتج، نزيف، عدوى، انسداد، انتقاب المريء، المعدة، الأمعاء أو القولون، مشاكل الأسنان / اللثة / الفم / الفك، مشاكل في الكبد... إلخ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الجهاز العضلي الهيكلي و / أو نظام الأنسجة الضامة؟ (مثل: الكسور، مشاكل المفاصل أو الغضاريف، مشاكل الظهر، التشنجات، التهابات العظام، هشاشة العظام، التهاب المفاصل، الروماتيزم... إلخ)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	السرطان والأورام؟ (حدد النوع والموقع والعلاج سواء كانت خبيثة أو حميدة)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أمراض الدم والأجزاء المكونة للدم؟ (على سبيل المثال: فقر الدم، الثلاسيميا، اضطرابات النزيف، أمراض الدم... إلخ)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الجهاز العصبي أو الحواس؟ (مثل: إصابة / عدوى الأذن، والدوار، ومشاكل السمع، وإصابة / مرض العين، ومشاكل الشبكية، والزرق، ومشاكل الرؤية، وضمور العضلات، وتتكس الدماغ / الأعصاب، والتهاب السحايا، والشلل، والنوبات، والصرع، والألم العصبي، وما إلى ذلك)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الغدد الصماء والتغذية والتمثيل الغذائي و / أو جهاز المناعة؟ (مثل: مرض السكري، مشاكل الغدة الدرقية أو الغدة النخامية، مشاكل الغدة الكظرية، مشاكل المبيض أو الخصيتين، مشاكل الهرمونات، النقرس، تصلب متعدد، التليف الكيسي، اضطرابات التمثيل الغذائي، مشاكل المناعة... إلخ.)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	القلب والأوعية الدموية؟ (مثل: السكتة الدماغية، نقص التروية الدماغية، الحمى الروماتيزمية، تصلب الشرايين، تمدد الأوعية الدموية، الانسداد، أمراض الأوعية الدموية الطرفية، ارتفاع ضغط الدم، أمراض صمام القلب، عدم انتظام ضربات القلب، الانسداد الرئوي، التهاب الوريد، الدوالي... إلخ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الجهاز البولي التناسلي؟ (مثل: التهابات الكلى / المثانة، والفشل الكلوي، وحصوات الكلى، وتحرك بطانة الرحم، ومشاكل الدورة الشهرية، والتهاب البوق، وتكيسات المبيض، ومشاكل البروستاتا، والعجز الجنسي، والتهابات الخصية، وتشوهات الحيوانات المنوية، ومشاكل الخصوبة... إلخ)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	نسيج الجلد وما تحت الجلد؟ (مثل: التهاب الجلد، حب الشباب، الزهم، التهاب البوريت... إلخ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الجهاز التنفسي؟ (مثل: التهاب الجيوب الأنفية، الحساسية، التهاب اللوزتين / التهاب الحنجرة، التهاب الشعب الهوائية، انتفاخ الرئة، الالتهاب الرئوي... إلخ)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل أنت مصاب بفيروس نقص المناعة البشرية أو لديك أي حالة طبية أو أعراض تدل على الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية أو الإيدز؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل سبق لك أن خضعت لعملية جراحية لإزالة عضو أو بنية من الجسم؟ (حدد عضو / هيكل الجسم و تاريخ ومكان الجراحة؟)

القسم ج: الملف الشخصي للمشارك (إذا كانت الإجابة بـ نعم فيرجى تحديد السبب)

لا	نعم	الوصف	لا	نعم	الوصف
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تمارس أي نوع من التمارين الروتينية؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل أنت تدخن؟ (إذا كانت الإجابة "نعم" ماذا تدخن؟ والعدد باليوم؟)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	كم مرة تقوم باستشارة / زيارة الطبيب في العام؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تشرب الكحول؟ (إذا كانت الإجابة "بنعم" حدد النوع المفضل والاستهلاك اليومي / الأسبوعي)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	كم ساعة تعمل في اليوم؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	كم ساعة تنام في اليوم؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل سبق لك أن تعاطيت أي نوع من أنواع المخدرات؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	كم مرة تسافر في السنة؟
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تخضع لفحوصات طبية روتينية؟

القسم د: التاريخ الطبي للعائلة (الأب، الأم، الأشقاء)

إذا كان أي فرد من أفراد عائلتك قد عانى من أعراض أو تم تشخيصه أو تلقى العلاج لما يلي:

لا	نعم	الوصف	لا	نعم	الوصف
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الهيموفيليا؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	اضطراب وراثي أو مرض وراثي؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	التصلب المتعدد؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ضمور العضلات؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أمراض أو اضطرابات نفسية؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	السرطان؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	مرض القلب الوعائي؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الجهاز العصبي و / أو أمراض الأعضاء الحسية؟
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	السكري؟

تفاصيل أخرى:

يرجى الضغط للكتابة

يجب الإجابة على الأسئلة المذكورة أعلاه من قبل مقدم الطلب و / أو من قبل أحد أفراد العائلة طالب للتأمين. في حال الإفصاح عن معلومات مغلوبة أو غير صحيحة فإن التغطية التأمينية تكون لاغية اعتباراً من تاريخ بداية التغطية، دون الحق باسترداد مبالغ الاشتراكات.

في حالة الإجابة الإيجابية (نعم)، يرجى تزويد الشركة بالتفاصيل الخاصة بكل فرد من أفراد العائلة، على النموذج المقابل عن طريق كتابة رقم العضو أولاً كما هو موضح في جدول الأعضاء والفصل ورقم السؤال وتفاصيل الشرح.

إقرار:

أنا الموقع أدناه أقر، على حد علمي، أن جميع الإجابات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة. بالإضافة إلى ذلك، بالنيابة عني وبالنيابة عن المعالين القانونيين المدرجين أعلاه، أمنح تفويضاً كاملاً وغير قابل للإلغاء إلى المستشفى أو الطبيب أو أي شخص آخر حضرنا أو أي فرد من أفراد عائلتي لإعطاء شركة بوبيان للتأمين التكافلي أو ممثله جميع المعلومات المتعلقة بحالتنا الصحية وأنا بموجب هذا أتنازل عن حقنا في السرية الطبية لصالح شركة بوبيان للتأمين التكافلي وممثليها.

يرجى ادخال التاريخ

التاريخ:

توقيع مقدم الطلب:

ملاحظة هامة:

من المفهوم والمتفق عليه أن القسط النهائي تحدده شركة بوبيان للتأمين التكافلي، كنتيجة لعملية الاكتتاب. في حالة وجود قسط إضافي و / أو استثناء (استثناءات) محددة، يجب إخطار مقدم الطلب عبر الهاتف قبل إصدار الوثيقة المطلوبة. في حالة قبول مقدم الطلب، يتم إصدار الوثيقة.