

## طلب الضمان والاستمارة الطبية (الفردية/العائلية) وتصريح رفع السرية

الاسم الأول	: اسم الأب: _____
الشهرة	: _____
الجنس	: ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/>

### العنوان

المدينة	: شارع _____
ص.ب.	: بريد الالكتروني: _____ هاتف: _____
	: فاكس: _____

### الدرجة

خطط اضافية	: الفحوصات الخارجية
وضع المضمون العائلي	: أعزب <input type="checkbox"/> أرمل <input type="checkbox"/> متأهل <input type="checkbox"/> مطلق <input type="checkbox"/>

أفراد العائلة	الاسم	تاريخ الولادة	الجنسية	ضمان اجتماعي	الجنس	الطول	الوزن	هل تدخن	المهنة
المضمون									
الزوج/الزوجة									
الاولاد									

في حال عدم طلب تأمين أحد أفراد العائلة، الرجاء توضيح الاسباب:

ان اية تصريحات أو اغفال مقصود أو غير مقصود لاية وقائع ينتج عنها بطلان و الغاء عقد الضمان موضوع هذا الطلب ابتداء من تاريخ اصداره و ذلك بدون استرداد القسط المدفوع.

هل حدث لك أو لأفراد عائلتك المذكورين أعلاه أن أصيب بعوارض او ظواهر مرضية أو عولج أو خضع لعملية جراحية بسبب الحالات التالية خلال السنوات الخمسة عشر الأخيرة؟ الرجاء وضع علامة x في الحانة المختصة للحالة الصحية:

نعم / لا	نعم / لا
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1-أمراض القلب والشرايين (الضغط، صمامات القلب، جلطة في الدماغ...)?
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2- أمراض الجهاز التنفسي (التهاب رئوي، سل، ربو...)?
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	3- أمراض الجهاز الهضمي (القرحة، المرارة، الكبد، المعدة...)?
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	4- أمراض الكلى والمسالك البولية والتناسلية (بحصة، التهاب، قصور...)?
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	5-أمراض العضم والعصلات أو الأطراف المزروعة؟
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	6-أمراض الجهاز العصبي و أجهزة الحواس (صرع، شلل اطفالى، داء النقطة...)?
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	7-السكري والغدد الصماء (الغدة الدرقية...)?
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	8- أمراض الاذن، الانف، الحنجرة أو العين؟
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	9- أمراض الدم (فقر الدم، التلاسيما...)?
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	10- أورام خبيثة في الجسم أو الدم (سرطان)?
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	11- أمراض فقدان المناعة المكتسبة (AIDS) والامراض المنقولة جنسيا؟
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	12- سوء تقويم خلقى أو عجز؟
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	13-أمراض أخرى، أي حادث، عملية سابقة أو مستقبلية؟
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	14-هل تناول او يتناول أحدكم أي دواء أو يتابع أي علاج؟
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	15- للنساء: هل أنت حامل - ما هو موعد الولادة المحتمل؟
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	16- الأمراض والعاهات الخلقية

في حال الاجابة بنعم على أي من الاسئلة أعلاه - يرجى الادلاء بالمعلومات كاملة كما هو مفصل:

الاسم	التاريخ	المستشفى	المرض	نوع العلاج	اسم الطبيب

أنا الموقع أدناه طالب(ة) الضمان، باسمي الشخصي وباسم أفراد عائلتي المعددين أعلاه، أفيد بأن المعلومات المذكورة انفاً هي كاملة ومطابقة للواقع رافعاً بشكل نهائي ومطلق السرية الطبية عن كل الملفات الطبية العائدة لأي منا بتاريخ سابق وتلك التي قد تتكون خلال فترة سريان عقد الضمان وذلك لصالح Assurex s.a.l ولصالح Nextcare وأي من مندوبيها. مجيزاً لهم التأكيد منها بكل الوسائل لا سيما عن طريق الاستفسار عن حالتي الصحية وحالة أفراد عائلتي لدى كافة المراكز الطبية والأطباء طالباً منهم ومن شركات التأمين الأخرى أو أية هيئة أخرى سبق أن طلبنا منها التعاقد لإجراء ضمان صحي وأو على الحياة تزويد Assurex و Nextcare بجميع المعلومات الصحية و بصورة عنها. مجيزاً لهم وضمن امكانياتهم اعلام الطبيب المعالج لأي منا بالمعلومات المتوفرة لديها حول الوضع الصحي لكل منا. من جهة أخرى. ونظراً لكون المعلومات المصرح بها أعلاه تشكل أساساً لعقد الضمان فأنني أصرح بأنني على دراية كاملة بأن أي جواب أو تصريح غير صحيح أو حالة اغفال أو اسقاط معلومات أو وقائع متعلقة بأي منا يؤدي الى اعتبار عقد الضمان بحكم الباطل منذ تاريخ سريانه وفقاً للشروط والأحكام المعددة فيه وأصرح بأنني قد اطلعت على احكام البوليصه وشروطها واستثناءاتها العامة. وبناء عليه أطلب الاستفادة من الضمان الصحي لي ولأفراد عائلتي المعددين أعلاه.

ان هذا التصريح هو مطلق غير قابل للرجوع عنه. وقد وقعته في \_\_\_\_\_ على نسخة أصلية واحدة بيد أسوريكس للعمل به أو بصورة عنه عند الحاجة. توقيع طالب الضمان