

المرجع

طلب انتساب
تاريخ الطلب :

CMA <small>UXILIA</small>
صندوق اوكسيليا التعااضي الصحي الاجتماعي سجل تعااضي رقم : (31 / 1)

معلومات شخصية

الاسم الثلاثي _____ مكان ومحل الولادة _____ رقم سجل _____	اسم الأم وشهرتها _____ الوضع العائلي <input type="checkbox"/> أعزب <input type="checkbox"/> متأهل <input type="checkbox"/> أرمل <input type="checkbox"/> غير ذلك
--	---

السكن

العنوان _____ المهنة _____ تلفون _____ بريد الكتروني _____	شارع / منطقة _____ بناية / طابق _____ تلفون _____ بريد الكتروني _____
---	--

البرنامج الصحي

برامج التغطية Program <input type="checkbox"/>	فحوصات خارجية AMB. (OUT) <input type="checkbox"/>	درجة تعااضدية Class Mutuelle <input type="checkbox"/>	ضمان اجتماعي N.S.S.F. <input type="checkbox"/>	استشفاء IN Hospital <input type="checkbox"/>
---	--	--	---	---

معلومات عائلية

بدل الاشتراك			C.N.S.S	العمر	تاريخ الولادة	الجنس	الاسم	صلة القرابة
PRIME	AMB OUT	IN						
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						مقدم الطلب
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						الزوج (ة)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						1
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						2
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						3
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						4
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						5
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						6
مجموع العقد								مجموع العقد

الدفعة الاولى (25%) : _____ الدفعة الثانية : _____ الدفعات الشهرية : _____	طريقة الدفع	بدل اشتراك : _____ مصاريف العقد : _____ المجموع العام : _____	مجموع
---	-------------	--	-------

المرجع

طلب انتساب
تاريخ الطلب :

CMA <small>UXILIA</small>
صندوق اوكسيلييا التعااضي الصحي الاجتماعي
سجل تعااضي رقم : (31 / 1)

معلومات شخصية

الاسم الثلاثي

اذا سبق لاحد الاشخاص المدرجة اسماؤهم على هذه الانحة ان اصيب او عولج او خضع لعملية جراحية بسبب اي مرض من الامراض المدرجة ادناه خلال السنوات العشر الاخيرة، الرجاء وضع علامة (x) في الخانة المخصصة للحالة الصحية :	
1	امراض القلب والشرايين (ارتفاع في ضغط الدم، ذبحة قلبية...)
2	امراض الجهاز التنفسي (الربو السل...)
3	امراض الجهاز الهضمي (القرحة، الكبد...)
4	امراض الكلى والمسالك البولية
5	امراض العظم والعضلات او الاعضاء المزروعة
6	امراض الجهاز العصبي (تهيار عصبي، تليف لويحي، داء النقطة...)
7	امراض الغدد والسكري (دهن الدم، الغدة الدرقية...)
8	امراض الاذن، الاتف، الحنجرة او العين
9	امراض الدم (فقر الدم...)
10	اورام خبيثة في الجسم او الدم (السرطان)
11	الامراض المنقولة جنسيا ومرض او فيروس السيدا (AIDS)
12	سوء تقويم خلقي او عجز
13	امراض اخرى، حوادث او عمليات سابقة او مستقبلية على علم مسبق بها
14	هل تناول او يتناول احدكم اي دواء او تابع او يتابع اي علاج؟
15	هل يعاني احدكم من اي حساسية على دواء، طعام او غيره؟
16	هل اجريت عملية تصغير معدة أو تصغير صدر
17	هل اجريت اية عملية تجميلية أو شفط دهون
18	للنساء : هل انت حامل في الوقت الحاضر؟ وما هو تاريخ الولادة المتوقع؟
في مستشفى : / / 20	

اذا اجبت بنعم على احد هذه الاسئلة المدرجة اعلاه، الرجاء الادلاء بالمعلومات الكاملة بتحديد اسم الفرد الذي اصيب او عولج من مرض ما، رقم المرض الذي عولج منه كما هو مرقم اعلاه، مع كافة التفاصيل في ما يلي :					
الاسم	رمز المرض	التشخيص	تاريخ العلاج	التاريخ	اسم الطبيب او المستشفى

تعهد والتزام

انا الموقع (ة) ادناه بصفتي الشخصية وبالنيابة عن كل من افراد عائلتي المذكورة اسماؤهم في الطلب الحاضر، اطلب الإنتساب لعضوية صندوق اوكسيلييا التعااضي الصحي الاجتماعي والإشتراك في تغطية البرنامج الصحي للصندوق وذلك بعد اطلاعي على أنظمتة وعلى الأحكام ، الموجبات ، الشروط ، الإستثناءات وحدود التغطية المحددة في هذا البرنامج وقبولي بها وبالتقيد بكامل الأصول المبينة في نصوصه.

مصرحاً(ة) بأن كل المعلومات الواردة في هذا الطلب هي صحيحة، ويعلمي أن طلب الإشتراك هذا هو خاضع للرفض أو القبول أو التعديل من قبل مجلس إدارة الصندوق وأتعهد بقبول هذا القرار والتقيد بنتائجه.

مانحاً(ة) مجلس إدارة الصندوق والوكيل الإداري المكلف صلاحية غير قابلة للعزل للتأكد من المعلومات أعلاه وللتحقق عن حالتي الصحية وعن الحالة الصحية لأفراد عائلتي، وأرفع السرية الطبية لصالح الصندوق والوكيل الإداري.

متعهداً (ة) بتسديد كامل بدلات الإشتراك في موعد استحقاقها وفي حال تأخرت أو تمتعت عن التسديد لمدة 15/ يوماً من تاريخ استحقاق كل قسط ، لا يعد حكماً باستطاعتي وباستطاعة المستفيدين من أفراد عائلتي ، الذين نتكافل ونتضامن معاً في الموجبات، استعمال البطاقة الشخصية، ولا الاستفادة من التقديرات الإستشفائية والصحية والمساعدات على أنواعها. وإذا، بعدها ، تأخرت أو تمتعت عن التسديد لفترة إضافية مدتها 30/ يوماً يحق لمجلس إدارة الصندوق فسخ عقد الإشتراك هذا وإنهاءه على مسؤوليتي، حيث تعتبر حينذاك كل الأقساط المتبقية مستحقة دفعة واحدة.

توقيع مقدم(ة) الطلب

في / / 20