

طلب استشفاء

اسم الوسيط / العميل:		رمز الوسيط / العميل:	
اسم المتعاقد:		الجنسية:	
<p>١- العنوان المختار</p> <p>المدينة:</p> <p>الشارع:</p> <p>البنية:</p> <p>هاتف:</p>			
<p>٢- الوضع العائلي</p> <p>عازب <input type="checkbox"/> متأهل <input type="checkbox"/> أرمل <input type="checkbox"/> مطلق <input type="checkbox"/></p>			
٣- الأشخاص المطلوب ضمانهم	مع ضمان اجتماعي	الجنس	تاريخ الولادة
رب العائلة:	نعم / كلا	ذكر / أنثى	اليوم / الشهر / السنة
الزوج:			
ولد:			
ولد:			
ولد:			
ولد:			
ولد:			
غيرهم:			
<p>٤- برنامج الاستشفاء المطلوب</p> <p>درجة الاستشفاء: <input type="checkbox"/> أولى <input type="checkbox"/> ثانية <input type="checkbox"/> ثالثة</p> <p>تغطية ١٠٠٪ <input type="checkbox"/> فارق تقديرات الضمان الصحي <input type="checkbox"/> فارق تقديرات تعاونية موظفي الدولة <input type="checkbox"/></p> <p>ضمانات إضافية: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/> الفحوصات الخارجية</p>			
<p>٥- هل سبق لأحد من أقربائك أو أقرباء زوجك (أباء أو أخوة) أن شكى من مرض مزمن كالسكري، أمراض قلبية، صرع، سرطان، سل... الخ؟</p> <p><input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> (إذا نعم، يرجى تحديد الشخص وإعطاء معلومات مفصلة عنه مع ذكر السن التي أصيب فيها بالمرض).</p>			
<p>٦- هل يزاوّل أحد أفراد عائلتك المقيمين في هذا الطلب إحدى الرياضات الخطرة كتسلق الجبال، الغطس، ركوب الدراجات النارية، المصارعة والتزلج... الخ؟ <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> (في حال الإجابة بنعم، أكثر من التفاصيل).</p>			
<p>٧- هل سبق لأحد من المقيمين في هذا الطلب أن استفاد من تأمين صحي و/أو على الحياة لدى شركة ضمان؟ <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/></p> <p>أو رفض له طلب للتأمين الصحي و/أو على الحياة؟ <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/></p> <p>(إذا نعم، يرجى ذكر اسم الشركة، شروط القبول و/أو سبب الرفض).</p>			

٨- هل سبق لأحد من المـعددين في هذا الطلب أن استشار طبيباً أو أجرى فحصاً (مخبري أو شعاعي) أو عولج أو خضع لجراحة أو هو حالياً بحاجة إلى علاج و/أو جراحة بسبب أي من الحالات المـعددة في ما يلي.

لا	نعم	الرجاء وضع علامة (X) في الخانة المخصصة للحالة الصحية.
٨/١		سوء تكوين خلقي أو عجز أو عاهة أو مرض مزمن.
٨/٢		الإفراط في التدخين و/أو الإدمان على المخدرات أو الكحول.
٨/٣		اضطراب عقلي أو عصبي: صرع، فالج، انهيار عصبي، فقدان للوعي، أوجاع دائمة في الرأس، ... الخ.
٨/٤		أمراض الأذن أو الأنف (انحراف في الوتيرة، لحمية أو احتقان) أو الحنجرة أو العين (السد، الماء الزرقاء... الخ).
٨/٥		الأمراض القلبية العرقية: ارتفاع أو هبوط في ضغط الدم، اضطرابات في الدورة الدموية، ... الخ.
٨/٦		أمراض القلب: نشاف في شرايين القلب، قصور القلب، خفقان، تلهة، حمى روماتيزمية، ... الخ.
٨/٧		أمراض الجهاز التنفسي: ربو، التهاب القصبات الهوائية Bronchitis، داء السل الرئوي، الاحتقان الرئوي ... الخ.
٨/٨		أمراض الجهاز الهضمي: مرارة، قرحة (معدة أمعاء)، فتق، صفيرة، بواسير، بيت شعر، أمراض الكبد، ... الخ.
٨/٩		أمراض الكلى أو المسالك البولية: التهاب، رمل بحص، صعوبة، وأوجاع عند التبول، إفرازات دم مع البول... الخ.
٨/١٠		الأمراض المتعلقة بالجهاز التناسلي والمنتقلة جنسياً: الأمراض الزهرية (السفلس، التعقيب)، داء فقدان المناعة المكتسبة AIDS، فيروس العوز المناعي البشري الإيجابي للمصل Human Immuno Deficiency Virus Seropositive (HIV+) المركب النسبي (ARC) Aids Related Complex
٨/١١		السرطان، فقر الدم، أورام أو أي مرض آخر في الدم أو في الجلد،
٨/١٢		أمراض العظام أو المفاصل أو العضلات أو Ligament كسر، التهاب وروماتيزم المفاصل.... الخ.
٨/١٣		أمراض الغدد: الغدة الدرقية أو غيرها، السكري أو أي داء آخر متعلق بالغدد.
٨/١٤		دهن في الدم (كوليسترول مثلاً)
٨/١٥		للرجال فقط: البروستات أو أي داء آخر في الجهاز التناسلي،
٨/١٦		للنساء فقط:
		أ- هل سبق لك أن شكوت من أمراض في الثدي أو في الأعضاء التناسلية ؟
		ب- هل خضعت لولادة مبكرة، إجهاض أو أنجبت جنيناً ميتاً ؟
		ج- هل سبق لك أن شكوت من عدم توازن بالميعاد ؟
		د- هل أنت حامل في الوقت الحاضر ؟ إذا نعم، ما هو تاريخ الولادة المتوقع ؟
٨/١٧		أية حالة مرضية غير مذكورة في ما ورد قد تستوجب إشراف طبي أو علاج معين ؟

إذا أجبت بنعم على أي من الأسئلة المـعددة أعلاه، الرجاء الإدلاء بالمعلومات الكاملة، بتحديد اسم الفرد الذي أصيب أو عولج منه كما هو مرقم أعلاه، مع كافة التفاصيل في ما يلي:

الاسم	رقم المرض	التشخيص	العلاج	التاريخ	اسم الطبيب المعالج و/أو المستشفى

أنا الموقع(ة) أدناه طالب(ة) الضمان - وبموجب الطلب هذا أفيد بأن المعلومات المذكورة آنفاً والمتعلقة بي وبأفراد عائلتي مطابقة للواقع وكاملة. إنني أدرك أنه إذا قبلت ليا أسوريكس ش.م.ن. الطلب والاستمارة الطبية، سيشكلان عندئذ أساس هذه البوليصة ومبررها. وعليه فإنني أجاز ليا أسوريكس ش.م.ن. الاستفسار عن حالتي وحالة أفراد عائلتي الصحية كما إنني أطلب أيضاً من أي طبيب أو مستشفى أو أية مؤسسة للعناية الصحية، بتزويد ليا أسوريكس ش.م.ن. بجميع المعلومات الصحية المتوفرة المتعلقة بي وبأفراد عائلتي والذين هم على علم بها أو المحفوظة في ملفاتهم وسجلاتهم الطبية : لهذا الغرض إنني أوافق باسمي وباسم أفراد عائلتي بالتنازل عن حقي بالسرية الطبية لصالح ليا أسوريكس ش.م.ن..

لقد اطلعت ووافقت على أحكام البوليصة هذه وشروطها واستثناءاتها وقبلت بها وإضافة إلى ذلك، في حال طبقت ليا أسوريكس ش.م.ن. استثناءات و/أو حدود خاصة، فيعتبر إنني وافقت عليها، بمجرد استلامي لبطاقة الاستفادة المتعلقة بهذه البوليصة.

توقيع طالب(ة) الضمان

توقيع الزوج والزوجة

/ /

التاريخ