

طلب تأمين صحي

الإسم الشخصي	اسم الأب	اسم الجد	اسم العائلة
جلال	اسامة	اسماعيل	ارزيقات

الاسم باللغة الانكليزية

First Name	Father name	Grand Father Name	Family Name
JALAL	OSAMA	ISMAIEL	RREZEQAT

الفرع Branch	المسمى الوظيفي Job Title	الجنسية Nationality	تاريخ الميلاد Date of Birth
الخليل	خدمة عملاء شامل	فلسطيني	31-3-2001

عنوان السكن	الهاتف الخليوي Mobile Tel	0599800573	هاتف العمل Work Tel
الخليل - تفوح			

عدد افراد الاسرة NO. Of Dependents	البريد الالكتروني E-mail	فاكس Fax
2	Jalal.irzeqat@bankofpalestine.com	

معلومات المعالين DEPENDENTS

#	الإسم الأول	اسم الأب	اسم العائلة	القرابة	المهنة	تاريخ الميلاد
1	رشا	محمد بدوي	ادريس	زوجة	ربة بيت	28-2-2000
	First Name	Father Name	Grand Father Name	Relation		(Date of Birth (DD-MM-YY
2	rasha	mohammad badawi	edrees	wife	Housewife	28-2-2000
	First Name	Father Name	Grand Father Name	Relation		(Date of Birth (DD-MM-YY
3						
	First Name	Father Name	Grand Father Name	Relation		(Date of Birth (DD-MM-YY
4						
	First Name	Father Name	Grand Father Name	Relation		(Date of Birth (DD-MM-YY
5						
	First Name	Father Name	Grand Father Name	Relation		(Date of Birth (DD-MM-YY
6						
	First Name	Father Name	Grand Father Name	Relation		(Date of Birth (DD-MM-YY
7						
	First Name	Father Name	Grand Father Name	Relation		(Date of Birth (DD-MM-YY

HEALTH DECLARATION OF THE EMPLOYEE AND THE DEPENDENTSالتصريحات الطبية لطالب التأمين ومعاليه

<p>هل الموظفة أو الزوجة حامل ؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> Did the Female Employee or the Wife Pregnant <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>إذا كانت الإجابة نعم يرجى ذكر مدة الحمل . هل تعاني أو يعاني اي من أفراد عائلتك المعالين من أية حالات مرضية مزمنة وتستلزم المتابعة الطبية أو العلاجات الدائمة ؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> If the answer Yes, Please write dates of Pregnancy Condition that needs follow up or long term Medication <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>هل تعاني أو يعاني اي من أفراد عائلتك المعالين من أية حالات مرضية مزمنة وتستلزم المتابعة الطبية أو العلاجات الدائمة ؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> If the answer is Yes, Please state below the cases ,the medication and the test needed</p>					
الاسم Name	المرض Disease	تاريخ الاكتشاف Date of Diagnosis	الأدوية المستخدمة الموصوفة Prescribed Medicines	فحوصات المتابعة المطلوبة Follow up Tests Needed	
			اسم الدواء Trade Name Medicine	الجرعة Dosage	

<p>هل تم إجراء عمليات أو إجراءات طبية سابقة لك أو أي من أفراد عائلتك المعالين ؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> Did you have or any of your dependents any medical operation or procedure <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>هل تم تقرير إجراء عمليات جراحية أو إجراءات طبية لك أو أي من أفراد عائلتك المعالين ؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> Did any doctor decide for you or your dependents any surgery operation or <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> procedure</p>					
اسم المريض Patient Name	العملية / الإجراء Operation / Procedure	تاريخ العملية Date	المستشفى Hospital	الطبيب المعالج Treating Doctor	الوضع الحالي Present Situation

DECLARATION AND AUTHORIZATION

أقرار وتفويض

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 Global united Health Insurance Co. by this declaration at any time to collect and have a copy of my/my dependants' medical records from any Medical facility.

I guarantee to pay global united any expense not covered by the insurance policy, which paid on my/my dependants' behalf to any medical facility or third party.

أنا الموقع أدناه ،أقر و أعترف بأن جميع البيانات المذكورة أعلاه صحيحة حسب أفضل علمي ومعرفتي وأوافق على اعتبارها أساساً لقبول التأمين حسب شروط وثيقة التأمين/الخطة .

أفوض الشركة العالمية المتحدة للتأمين 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 .

أتعهد بالتسديد للشركة العالمية المتحدة للتأمين أي مصاريف غير مطابق لما ورد في استمارة التأمين و/أو غير مغطى في بوثيقة التأمين قد دفعت بالنيابة عني و/أو عن أحد أفراد أسرتي لأي مرفق طبي أو طرف ثالث.

توقيع الابناء الذين هم اكبر من 18 سنة
DEPENDENTS OVER 18 SIGNATURE

Please sign inside the Box

(إذا كان هناك أكثر من أين يجب التوقيع علي نموذج اضافي)
الاسم _____

توقيع الزوجة/الزوج المغطى
SPOUSE SIGNATURE COVERED

Please sign inside the Box

الاسم _____

توقيع الموظف
EMPLOYEE SIGNATURE

Please sign inside the Box

الاسم _____