



مخصص للإدارة

الفترة التعاقدية:

من: إلى:

رقم المؤمن له:

رقم الوثيقة:

طلب الضمان والاستمارة الطبية
(الفردية / العائلية)

الاسم الأول:

اسم الأب:

الشهرة:

رقم الهوية:

الجنس: ذكر أنثى

العنوان

البلد / المدينة:

شارع / بناء / طابق:

هاتف / خلوي:

ص.ب:

البريد الإلكتروني:

البرامج (الرجاء اختيار برنامج واحد فقط)

<input type="checkbox"/> برنامج الرازي سوبر AI Razi Super	<input type="checkbox"/> برنامج الرازي الأساسي AI Razi Basic
<input type="checkbox"/> برنامج الرازي البلسم AI Balsam	<input type="checkbox"/> برنامج الرازي سوبر AI Razi Super

<input type="checkbox"/> برنامج Marco Polo (Stand Alone)	<input type="checkbox"/> برنامج Junior Marco Polo	<input type="checkbox"/> برنامج تغطية العامل الأجنبي Expat Care
--	---	---

خطط إضافية لبرنامج الرازي فقط

<input type="checkbox"/> الفحوصات الخارجية Ambulatory	<input type="checkbox"/> نسبة التحمل: 15% <input type="checkbox"/> 0%	<input type="checkbox"/> الأدوية PMB	<input type="checkbox"/> نسبة التحمل: 15% <input type="checkbox"/> 0%
<input type="checkbox"/> زيارة الطبيب DV			

الوضع العائلي للمضمون	أعزب <input type="checkbox"/>	متزوج <input type="checkbox"/>	مطلق <input type="checkbox"/>	أرمل <input type="checkbox"/>	الاسم	الجنس	تاريخ الولادة	الجنسية / الجنسيات	الطول	الوزن	هل تدخن	المهنة	فئة الدم
المؤمن							/ /				نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>		
الزوج/الزوجة							/ /				نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>		
الأولاد							/ /				نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>		
							/ /				نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>		
							/ /				نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>		
							/ /				نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>		

هل يوجد شخص في العائلة لم يطلب تأمينه؟ نعم لا إذا أجبت بنعم فما هي الأسباب؟

إذا سبق لأحد الأسخاص المدرجة أسماؤهم على هذه اللائحة أن أصيب أو عولج أو خضع لعملية جراحية بسبب أي مرض من الأمراض المدرجة أدناه خلال السنوات العشر الأخيرة، الرجاء وضع علامة (X) في الخانة المخصصة للحالة الصحية:

<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	1. أمراض القلب والشرايين (ارتفاع في ضغط الدم، ذبحة قلبية ...)	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	9. أمراض الدم (فقر الدم ...)	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	2. أمراض الجهاز التنفسي (الربو، السل ...)	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	10. أورام خبيثة في الجسم أو الدم (سرطان)	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	3. أمراض الجهاز الهضمي (القرحة، الكبد ...)	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	11. الأمراض المنقولة جنسياً ومرض أو فيروس السيدا AIDS	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	4. أمراض الكلى والمسالك البولية	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	12. سوء تقويم خلقي أو عجز	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	5. أمراض العظم والعضلات أو الأعضاء المزروعة	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	13. أمراض أخرى، حوادث أو عمليات سابقة أو مستقبلية على علم مسبق بها	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	6. أمراض الجهاز العصبي (انهيار عصبي، تصلب لويحي، جلطة ...)	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	14. هل تناول أو يتناول أحدكم أي دواء أو تابع أو يتابع أي علاج؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	7. أمراض الغدد والسكري (دهن الدم، الغدة الدرقية ...)	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	15. هل يعاني أحدكم من أي حساسية على دواء، طعام أو غيره؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	8. أمراض الأذن، الأنف، الحنجرة أو العين	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	16. للنساء: هل أنت حامل في الوقت الحاضر؟ ما هو تاريخ الولادة المتوقع؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>

إذا أجبت بنعم على أحد هذه الأسئلة المدرجة أعلاه، الرجاء الإدلاء بالمعلومات الكاملة بتحديد اسم الفرد الذي أصيب أو عولج من مرض ما، رقم المرض الذي عولج منه كما هو مرقم أعلاه مع كافة التفاصيل في ما يلي:

الاسم	رقم المرض	التشخيص	العلاج	التاريخ	اسم الطبيب أو المستشفى

أنا الموقع أدناه طالب (ة) الضمان - أفيد بأن المعلومات المذكورة أعلاه والمتعلقة بي وبأفراد عائلتي مطابقة للواقع وكاملة. وعليه فأنتج أجزيت لشركة التأمين وغلوب مد سورية الاستفسار عن حالتي الصحية وحالة أفراد عائلتي لدى كافة المراكز الطبية والمستشفيات والأطباء. كذلك أطلب من الأطباء الذين سبق لهم أن عاينونا ومن أي مشفى أو مركز طبي وشركات التأمين والهيئات الأخرى التي سبق لنا أن طلبنا منها التعاقد لإجراء تأمين صحي و/أو على الحياة تزويدهم بجميع المعلومات الصحية المتوفرة لديهم ويصور عنها. ولهذه الغاية أرفع السرية الطبية باسمي وباسم أفراد عائلتي لصالح المؤمن وغلوب مد سورية ومنذويها. إن التصاريح المذكورة في "طلب التأمين والاستمارة الطبية" هذا كما في إفادة الطبيب المعين إذا وجدت. وكافة التصاريح السابقة تشكل أساس طلب التأمين المنوي إبرامه بيني وبين شركة التأمين. إن أي جواب غير صحيح أو حالة إغفال أو إسقاط وقائع متعلقة بي أو بأفراد عائلتي كان من الواجب التصريح عنها لشركة التأمين بالموضوع المذكور يعطيان الحق لشركة التأمين بإلغاء حقي أو حقتنا في التعويض وذلك منذ تاريخ بدء مفعول العقد بدون إرجاع الأقساط المدفوعة. كما وإنتي أطلب من غلوب مد سورية ومنذويها إعلام طبيبي المعالج، ضمن إمكانياتهم، بالمعلومات المتوفرة لديهم حول صحتي وصحة أفراد عائلتي وأصرح بأنني قد اطلعت على أحكام البوليصه وشروطها واستثناءاتها العامة وبناء عليه أطلب التأمين لي ولأفراد عائلتي المعددين أعلاه.

التاريخ الأمضاء