

طلب الضمان والاستمارة الطبية للأفراد والعائلات



التاريخ

الفترة التعاقدية من _____ إلى _____ رقم الانتساب _____

معلومات شخصية

الاسم الأول _____ الشهرة _____
اسم الأب _____ رقم الهوية _____
البلد _____ المدينة _____
الشارع _____ البناية _____
الخليوي _____ الهاتف _____
ص.ب. _____ البريد الإلكتروني _____

تفاصيل الطلب

البرنامج	الدرجة الاستشفائية
Dental 1 <input type="radio"/>	A <input type="radio"/> B <input type="radio"/>
Dental 2 <input type="radio"/>	A <input type="radio"/> B <input type="radio"/>

الوضع العائلي للمضمون أعزب متأهل مطلق أرمل

أفراد العائلة	الاسم	الجنسية	تاريخ الولادة	الجنس	الطول CM	الوزن KG	مدخن؟ نعم / لا	ضمان اجتماعي نعم / لا	المهنة	فئة الدم
المضمون										
الزوج/الزوجة										
الأولاد										

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

هل كنت مؤمناً في السابق؟ إذا أجبت بنعم، يرجى تحديد اسم شركة التأمين وتاريخ انتهاء البوليصة.

هل ترغب في تلقي الرسائل القصيرة على هاتفك في ما يتعلق بحالة المطالبات؟ نعم لا

هل ترغب في أن يتلقى الوسيط الرسائل القصيرة على هاتفه في حال تم رفض مطالبتك أو جرى الموافقة عليها جزئياً؟ نعم لا

