

## نموذج طلب تأمين صحي 360°

### بيانات طالب التأمين

اسم الشركة: \_\_\_\_\_ النشاط التجاري: \_\_\_\_\_  
رقم السجل التجاري: \_\_\_\_\_ رقم هوية الكفيل: \_\_\_\_\_  
عدد المؤمنين: \_\_\_\_\_

بريد واصل المنطقه: \_\_\_\_\_ المدينة: \_\_\_\_\_ الحي: \_\_\_\_\_ الشارع: \_\_\_\_\_  
رقم المبنى: \_\_\_\_\_ رقم الوحدة: \_\_\_\_\_ الرقم البريدي: \_\_\_\_\_ الرقم الإضافي: \_\_\_\_\_

مسؤول الاتصال: \_\_\_\_\_ الإسم: \_\_\_\_\_ الوظيفة: \_\_\_\_\_ رقم الجوال: \_\_\_\_\_  
البريد الإلكتروني: \_\_\_\_\_ رقم الهاتف: \_\_\_\_\_

### بيانات التاريخ الصحي للمجموعة

لا	نعم	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم التنويم بالمستشفى خلال آخر 12 شهر
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل لديك أي من الأمراض المزمنة التالية <b>فقط</b> : الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، التهاب الكبد الفيروسي المزمن، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو تصلب المتعدد.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل لديك أي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية (الأمراض التي تصيب الفرد أثناء المرحلة الجنينية أو الأمراض الناتجة عن خلل أو اضطراب الجينات أو المتنقلة من جيل إلى آخر).
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل لديك أمراض العين التالية <b>فقط</b> : مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل لديك أي من أمراض العظام التالية <b>فقط</b> : الإنزلاق الغضروفي (الديسك)، إنحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.

\* يرجى تعبئة إفصاح طبي خاص بالمريض في حال كانت الإجابة بنعم.

هل لديك تأمين صحي سابق مع التعاونية ؟  نعم  لا  
هل لديك سجل خسائر سابق ؟  نعم  لا، والسبب: \_\_\_\_\_

### إقرار

أقر وأوافق أنا الموقع أدناه بالأصالة عن نفسي وبالنيابة عن جميع المطلوب التأمين عليهم (المستفيدين) على ما يلي:

1. أنه على حد علمي واعتقادي، فإن المعلومات المعطاة في هذا البيان، سواء كانت بخطي أم لا، هي صحيحة وكاملة، وأنتني لم أحرف أو أكتتم أية حقيقة جوهرية وبناءً على ذلك في حال ظهور حقائق غير مفسح عنها لن يكون هناك أي إلتزام على التعاونية بالعرض المقدم حال تغير أي معلومة من المعلومات الجوهرية المقدمة في أي مرحلة من مراحل إصدار الوثيقة ويعتبر العرض لاغي (الحقيقة الجوهرية هي تلك التي يُحتمل أن تؤثر في قرار التعاونية في قبول أو تقييم طلب التأمين. وإذا كان هناك شك في أن حقيقة ما جوهرية أم لا، فيجب الإفصاح عنها).
2. أقر بموافقتي على قيام شركة التعاونية للتأمين بالاطلاع على المعلومات الخاصة بمنسوبينا وأية معلومات مرتبطة برقم وزارة الداخلية الخاص بي والموجودة في مركز المعلومات الوطني بوزارة الداخلية والمؤسسة العامة للتأمينات الاجتماعية وأي معلومات مرتبطة لدى أي طبيب أو مستشفى أو مركز طبي والمتعلقة بأي شخص مطلوب التأمين عليه (مستفيد).
3. أقر بأني اطلعت على أنظمة ولوائح مجلس الضمان الصحي للوثيقة الموحدة وعليه أتعهد بأن الطلب يشمل جميع الموظفين تحت الكفالة وتوابعهم.

الاسم: \_\_\_\_\_ الصفة: \_\_\_\_\_

التاريخ: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ توقيع طالب التأمين (حامل الوثيقة): \_\_\_\_\_

ختم المؤسسة/الشركة: