

طلب انتساب

Membership Application

معلومات شخصية

الإسم الثلاثي:	عنوان السكن:
إسم الأم وشهرتها:	منطقة / شارع:
تاريخ ومحل الولادة:	بناية / طابق:
الوضع العائلي: ☐ متأهل ☐ أعزب ☐ مطلق ☐ إكليريكي ☐ أرمل	بريد إلكتروني:
المهنة:	تلفون:
	خليوي:

البرنامج الصحي

درجة الإستشفاء: ☐ أولى ☐ تعاوضيية	هل لديك اي تغطية صحية سابقة ؟ ☐ كلا ☐ نعم حدد:
---	--

معلومات عائلية

الإسم (باللغة الأجنبية)	الجنس	تاريخ الولادة	العمر	استشفاء	تغطية خارجية	مساعدا
Name	Gender	DOB	Age	In Hospital	AM	Assistances
مقدم الطلب						
الزوج (ة) / غيره						
١						
٢						
٣						
٤						
٥						
٦						
7						
8						

طريقة الدفع

الدفعة الأولى:
الباقى:
عدد الدفعات الشهرية:
قيمة الدفعة الشهرية:

المجموع

بدل الإشتراك:
المساعدات:
المجموع الصافي:

معلومات طبية

هل سبق لك أو لأحد أفراد العائلة الواردة أسماؤهم أعلاه أن عولج أو خضع لعملية جراحية أو أصيب بأحد الأمراض الواردة أدناه؟

نعم	كلا	ICD10 Chapter	نعم	كلا	ICD10 Chapter	نعم	كلا	ICD10 Chapter
☐	☐	أمراض العظم والعضلات Diseases of the Musculoskeletal system	☐	☐	أمراض العين Diseases of the Eye and adnexa	☐	☐	الأمراض الجرثومية والطفيلية Infectious Diseases
☐	☐	أمراض الكلى والمسالك البولية Diseases of the genitourinary System	☐	☐	أمراض الأذن Diseases of the Ear	☐	☐	أورام خبيثة Neoplasm
☐	☐	مضاعفات الحمل والولادة Pregnancy, childbirth and the puerperium	☐	☐	أمراض القلب والشرابيين Diseases of the circulatory system	☐	☐	أمراض الدم والمناعة Diseases of Blood and Immune system
☐	☐	حالات في فترة ما حول الولادة Perinatal Conditions	☐	☐	أمراض الجهاز التنفسي Diseases of the Respiratory system	☐	☐	أمراض الغدد Diseases of the Endocrine System
☐	☐	سوء تقويم خلقى أو جيني Congenital and Genetic Diseases	☐	☐	أمراض الجهاز الهضمي Diseases of the Digestive System	☐	☐	الأمراض النفسية والسلوكية Mental and behavioral Disorders
☐	☐	العلامات والأعراض Signs and Symptoms	☐	☐	أمراض الجلد Diseases of the Skin	☐	☐	أمراض الجهاز العصبي Diseases of the Nervous System

الإسم	التشخيص	العلاج / العملية الجراحية	تاريخ بدء العلاج

ضرورة إحضار نتائج أي فحوصات أوزرع (IRM, Ultrasound, Lab tests, Biopsy...) فمت بها قبل تاريخ تقديم هذا الطلب

تعهد والتزام

أنا الموقع (ة) أدناه (بخط اليد) بصفتي الشخصية وبالنيابة عن كل من أفراد عائلي المذكورة أسماؤهم في الطلب الحاضر، أطلب الانتساب لعضوية الصندوق التضاعدي الاجتماعي الصحي والإشتراك في تغطية البرنامج الصحي للصندوق وذلك بعد اطلاعي على أنظمتها والتزامي بها، وعلى الأحكام، الموجبات، الشروط، الإستثناءات وحدود التغطية المحددة في هذا البرنامج وقبولي بها وبالتقيد بكامل الأصول المبينة في نصوصه.

١. مصرحاً (ة) على كامل مسؤوليتي بأن كل المعلومات التي اوردتها في هذا الطلب هي صحيحة كما اقر بأنني أخذت علماً بأن طلب الإشتراك هذا هو خاضع للرفض أو القبول أو التعديل من قبل إدارة الصندوق، وأنتعهد بقبول هذا القرار والتقيد بنتائجه.

٢. مانحاً (ة) إدارة الصندوق والوكيل الإداري المكلف ومندوبيه صلاحية غير قابلة للعزل للتأكد من المعلومات أعلاه وللتحقق عن حالي الصحية وعن الحالة الصحية لأفراد عائلي؛ وأرفع السرية الطبية لصالح الصندوق والوكيل الإداري ومندوبيه و ان اي تصريح كاذب أو تكتّم أو تشويه للحقائق من قبلي يُعَرَضني وأفراد عائلي إلى فسخ إشتراكى وإبطاله من أساسه إبطالاً كاملاً وإلى إلغائه نهائياً دون الحاجة إلى إشعار خطي

٣. متعهداً (ة) بتسديد كامل بدلات الإشتراك في موعد استحقاقها؛ وفي حال تأخرت أو تمتعت عن التسديد لمدة ١٥/ يوماً من تاريخ استحقاق كل قسط، لا يعود حكماً باستطاعتي وباستطاعة المستفيدين من أفراد عائلي، الذين تتكافل وتتضامن معاً في الموجبات، استعمال البطاقة الشخصية، ولا الإفادة من التقديمات الإستشفائية والصحية والمساعدات على أنواعها. وإذا، بعدها، تأخرت أو تمتعت عن التسديد لفترة إضافية مدتها ٣٠/ يوماً يحق لإدارة الصندوق إسقاط إنتسابي وفسخ عقد الإشتراك هذا وإنهاءه على مسؤوليتي، حيث تُعتبر حينذاك كل الأقساط المتبقية مستحقة دفعة واحدة.

وأرفق مبلغ الدفعة الأولى من بدل الإشتراك المتوجب عليّ، لحين البت في طلي (نا) هذا.

توقيع مقدم الطلب

في / /

شهادة وتصريح وتعهد المندوب (ة)

(يطلب من المندوب (ة) مساعدة طالب الإنتساب، في ملء هذا الطلب وتلاوته عليه مجدداً، وافهامه مضمونه وتوقيع الشهادة والتصريح التالي):

أنا الموقع (ة) أدناه (بخط اليد) المندوب (ة) المعتمد (ة) من قبل الصندوق التضاعدي الاجتماعي الصحي، أصرح وأشهد على مسؤوليتي بأن طالب الإنتساب وبعد تلاوته عليه وافهامه مضمونه قد (حدّد)

١. ملأ هذا الطلب ووقعه أمامي وبحضوري

٢. ساعدته (ها) على ملئه

٣. ملأته أنا شخصياً ووفق ما صرّح (ت) به تماماً

وأتى أمني إدارة الصندوق التضاعدي الاجتماعي الصحي صلاحية غير قابلة للعزل للتأكد من المعلومات أعلاه والتحقق من صحتها، وأتني أي بأن هذا الطلب هو خاضع للقبول أو الرفض أو التعديل من قبل إدارة الصندوق، وأنتعهد بقبول هذا القرار والتقيد بنتائجه.

توقيع مندوب الصندوق

في / /