

طلب انساب

Membership Application

معلومات شخصية

الإسم الثلاثي:	عنوان السكن:
إسم الأم وشهرتها:	منطقة / شارع:
تاريخ ومحل الولادة:	بناية / طابق:
الوضع العائلي: <input type="checkbox"/> متأهل <input type="checkbox"/> أعزب <input type="checkbox"/> مطلق <input type="checkbox"/> إكليريكي <input type="checkbox"/> أرمل	بريد إلكتروني:
المهنة:	تلفون:
	خليوي:

البرنامج الصحي

درجة الإستشفاء: <input type="checkbox"/> أولى <input type="checkbox"/> تعاقدية	هل لديك اي تغطية صحية سابقة ؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا
--	---

معلومات عائلية

الإسم (باللغة الأجنبية) Name	الجنس Gender	تاريخ الولادة DOB	العمر Age	استشفاء In Hospital	تغطية خارجية AM	مساعدا Assistances
مقدم الطلب						
الزوج (ة) / غيره						
1						
2						
3						
4						
5						
6						
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 أو أسماؤهم أعلاه أن عولج أو خضع لعملية جراحية أو أصيب بأحد الأمراض الواردة أدناه ؟

ICD10 Chapter	نعم	كلا	ICD10 Chapter	نعم	كلا	ICD10 Chapter	نعم	كلا
1 الأمراض الجرثومية والطفليّة	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7 أمراض العين	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13 أمراض العظم والعضلات	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infectious Diseases	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diseases of the Eye and adnexa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diseases of the Musculoskeletal system	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 أورام خبيثة	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8 أمراض الأذن	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14 أمراض الكلى والمسالك البوليّة	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neoplasm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diseases of the Ear	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diseases of the genitourinary System	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 أمراض الدم والمناعة	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9 أمراض القلب والشرايين	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15 مضاعفات الحمل والولادة	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diseases of Blood and Immune system	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diseases of the circulatory system	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pregnancy, childbirth and the puerperium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 أمراض الغدد	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10 أمراض الجهاز التنفسي	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16 حالات في فترة ما حول الولادة	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diseases of the Endocrine System	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diseases of the Respiratory system	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Perinatal Conditions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 الأمراض النفسية والسلوكيّة	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11 أمراض الجهاز الهضمي	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17 سوء تقوّم خلقى أو جيني	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mental and behavioral Disorders	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diseases of the Digestive System	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Congenital and Genetic Diseases	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 أمراض الجهاز العصبيّ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12 أمراض الجلد	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18 العلامات والأعراض	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diseases of the Nervous System	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diseases of the Skin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sigs and Symptoms	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

الإسم	التشخيص	العلاج / العملية الجراحية	تاريخ بدء العلاج

تعهد والتزام

أنا الموقع (ة) أدناه (بخط اليد) بصفتي الشخصية وبالنيابة عن كلّ من أفراد عائلتي المذكورة أسماؤهم في الطلب الحاضر، أطلب الإنتساب لعضوية الصندوق التعاضديّ الإجتماعيّ الصحيّ والإشتراك في تغطية البرنامج الصحيّ للصندوق وذلك بعد اطلاعي على أنظمتها وإلتزامي بها، وعلى الأحكام، الموجبات، الشروط، الإستثناءات وحدود التغطية المحددة في هذا البرنامج وقبولي بها وبالتقيّد بكامل الأصول المبينة في نصوصه.

1. مصرحاً (ة) على كامل مسؤوليتي بأنّ كلّ المعلومات التي اوردتها في هذا الطلب هي صحيحة، وبعلمي أنّ طلب الإشتراك هذا هو خاضع للرفض أو القبول أو التعديل من قبل إدارة الصندوق، وأنّ تعهّد بقبول هذا القرار والتقيّد بنتائج.

2. مانحاً (ة) إدارة الصندوق والوكيل الإداريّ المكلفّ ومندوبيه صلاحية غير قابلة للعزل للتأكد من المعلومات أعلاه وللتحقّق عن حالي الصحيّة وعن الحالة الصحيّة لأفراد عائلتي؛ وأرفع السيرة الطبيّة لصالح الصندوق والوكيل الإداريّ ومندوبيه.

* متعهّداً (ة) بتسديد كامل بدلات الإشتراك في موعد استحقاقها؛ وفي حال تأخّرت أو تمّنعت عن التسديد لمدة 15/ يوماً من تاريخ استحقاق كلّ قسط، لا يَعودُ حكمًا باستطاعتي وباستطاعة المستفيدين من أفراد عائلتي، الذين نتكافل ونتضامن معاً في الموجبات، استعمال البطاقة الشخصية، ولا الاستفادة من التقديمات الإستشفائيّة والصحيّة والمساعدات على أنواعها. وإذا، بعدها، تأخّرت أو تمّنعت عن التسديد لفترة إضافية مدّتها 30/ يوماً يحقّ لإدارة الصندوق إسقاط إنتسابي وفسخ عقد الإشتراك هذا وإنهاءه على مسؤوليتي، حيث تُعتبر حينذاك كلّ الأقساط المتبقّية مستحقّة دفعة واحدة.

3. وأرفع مبلغ الدفعة الأولى من بدل الإشتراك المتوجّب عليّ، وبديل البطاقة لحين البتّ في طلبي (نا) هذا.

في _____ / _____ / _____ توقيع مقدّم الطلب

شهادة وتصريح وتعهد المندوب (ة)

(يطلب من المندوب (ة) مساعدة طالب الإنتساب/التجديد، في ملء هذا الطلب وتلاوته عليه مجدّداً، وإقهامه مضمونه وتوقيع الشهادة والتصريح التالي):

أنا الموقع (ة) أدناه (بخط اليد) المندوب (ة) المعتمد (ة) من قبل الصندوق التعاضديّ الإجتماعيّ الصحيّ، أصرّح وأشهد على مسؤوليتي بأنّ طالب الإنتساب وبعد تلاوته عليه وإقهامه مضمونه قد (حدّد)

1. ملأ هذا الطلب ووقعه أمامي وبحضوري

2. ساعده (ها) على ملئه

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

وأني أُمَنَح إدارة الصندوق التعاضديّ الإجتماعيّ الصحيّ صلاحية غير قابلة للعزل للتأكد من المعلومات أعلاه والتحقّق من صحّتها، وأنّي أعي بأنّ هذا الطلب هو خاضع للقبول أو الرفض أو التعديل من قبل إدارة الصندوق، وأنّ تعهّد بقبول هذا القرار والتقيّد بنتائج.

في _____ / _____ / _____ توقيع المندوب (ة) في الصندوق