



شركة شيكان للتأمين وإعادة التأمين المحدودة



إدارة التأمين الطبي

طلب تكافل طبي جماعي (استمارة حصر)

الجهة طالبة التأمين :

المعلومات الشخصية : الرجاء عدم إغفال أى معلومة مطلوبة

إضافة اشتراك جديد

إسم المشترك (رباعى):

الجنس : ذكر أنثى

تاريخ الميلاد:

الحالة الاجتماعية : أعزب متزوج أرمل مطلق

المهنة / طبيعة العمل:

رقم الهوية ونوعها:

عنوان السكن :

التلفون :

C

B

A

VIP

فئة التغطية :

أفراد الأسرة المكفولين:

يجب إرفاق قسيمة الزواج فى حال إضافة الزوجة أو الزوج ، و الرقم الوطنى أو شهادات الميلاد للمشاركين وإثبات شخصية للوالدين و صور فوتوغرافية حديثة .

العلاقة	إسم المكفول	الجنس	تاريخ الميلاد	إسم المكفول	الجنس	تاريخ الميلاد
الوالدين			/ /			/ /
الزوجة / الزوج			/ /			/ /
			/ /			/ /
الأبناء			/ /			/ /
			/ /			/ /
			/ /			/ /
			/ /			/ /
			/ /			/ /
			/ /			/ /

هل يوجد شخص فى العائلة لم يطلب تأمينه ؟ نعم لا إذا أجبت بنعم فما هى الأسباب؟
هل هنالك عملية قيصرية أو ولادة طبيعية متوقعة؟ نعم لا ما هو الوقت المتوقع للولادة؟
هل تعاني أو أحد أفراد أسرتك من مرض مزمن أو أجرى عملية جراحية من قبل أو لديه عملية جراحية مقررة أو مرض سابق لهذا التأمين ، نرجوا التوضيح أدناه - و إلا نرجوا التصريح ب (لا توجد) :

الاسم	تاريخ الإصابة	التشخيص / العملية	إسم الدواء و الجرعة الشهرية

أنا مقدم طلب التأمين أقر بأن المعلومات المذكورة المتعلقة بى وبأفراد أسرتى أعلاه صحيحة ومطابقة للواقع وأؤكد بانى لم أخفى أى معلومة متعلقة بهذا الطلب أعلم بها ، وأنى أتفهم وأدرك بأن أى معلومة أو إفادة غير صحيحة أو ناقصة تودى الى حرمانى من أى حقوق أتمتع بها بموجب هذه الوثيقة .

توقيع المشترك:..... التاريخ:.....

اسم و توقيع المسئول:..... الختم:.....

خاص بالجودة

رقم النموذج : (MD-UW/03)

رقم إصدار النموذج : (٠٠/٢)

تاريخ إصدار النموذج: ٢٠١٢/٠٦/٠١