

طلب إنتساب

معلومات شخصية	الإسم الثلاثي	إسم	الأم	وشهرتها
	مكان وسجل النفوس	رقم الهوية		
	الوضع العائلي <input type="checkbox"/> إكليريكي	<input type="checkbox"/> متاهل	<input type="checkbox"/> أعزب	<input type="checkbox"/> مطلق
السكن	بناية (ملك) / طابق	محافظة/قضاء		
	شارع	تلفون أرضي	خليوي	
	منطقة / مدينة	بريد إلكتروني		
العمل	المهنة	تلفون أرضي	خليوي	
	العنوان	بريد إلكتروني		
البرنامج الصحي	<input type="checkbox"/> إستشفاء	IN-Hospital	<input type="checkbox"/> تعاضدية (K)	البرامج الصحي
	<input type="checkbox"/> فحوصات خارجية	Ambulatory	<input type="checkbox"/> أولى (A)	
	<input type="checkbox"/> أدوية	Prescription Medicine		

التاريخ

(أذكر الاسم الثلاثي بالكتابة حسب الهوية)

بصفتي الشخصية وبالنيابة عن كل من أفراد عائلتي المذكورة أسماؤهم في الطلب الحاضر، أطلب الإنتساب لعضوية الصندوق التعاضدي الإجتماعي الصحي والإشتراك في تغطية البرنامج الصحي للصندوق وذلك بعد اطلاعي على أنظمتة وعلى الأحكام، الموجبات، الشروط، الإستثناءات وحدود التغطية المحددة في هذا البرنامج وقبولي بها وبالتقيّد بكامل الأصول المبيّنة في نصوصه.

1- مصرحاً(ة) بأنّ كلّ المعلومات الواردة في هذا الطلب هي صحيحة، وبعلمي أنّ طلب الإشتراك هذا هو خاضع للرفض أو القبول أو التعديل من قبل إدارة الصندوق وأتعهد بقبول هذا القرار والتقيّد بنتائجه.

2- مانحاً(ة) إدارة الصندوق والوكيل الإداري المكلف ومندوبيه صلاحية غير قابلة للعزل للتأكد من المعلومات أعلاه وللتحقّق عن حالتي الصحية وعن الحالة الصحية لأفراد عائلتي، وأرفع السرية الطبية لصالح الصندوق والوكيل الإداري ومندوبيه.

• متعهداً(ة) بتسديد كامل بدلات الإشتراك في موعد استحقاقها وفي حال تأخّرت أو تمنّعت عن التسديد لمدة /15/ يوماً من تاريخ استحقاق كل قسط، لا يعدّ حكماً باستطاعتي وباستطاعة المستفيدين من أفراد عائلتي، الذين نتكافل ونتضامن معاً في الموجبات، استعمال البطاقة الشخصية، ولا الإفادة من التقديمات الإستشفائية والصحية والمساعدات على أنواعها. وإذا، بعدها، تأخّرت أو تمنّعت عن التسديد لفترة إضافية مدتها /30/ يوماً يحقّ لإدارة الصندوق فسخ وإنهاء عقد الإشتراك هذا على مسؤوليتي، حيث تُعتبر حينذاك كلّ الأقساط المتبقية مستحقة دفعة واحدة.

3- وأرفق مبلغ الدفعة الأولى من بدل الإشتراك المتوجّب عليّ، لحين البتّ في طلبي (نا) هذا.

توقيع مقدّم(ة) الطلب

في

مجموع المبلغ الصافي	مساعدات عائلية / اجتماعية	المجموع	أدوية PM	فحوصات خارجية AM	إستشفاء IN		بدل الإشتراك في البرامج الصحية	فئة الدم	الوزن	الطول	العمر	تاريخ الولادة	الجنس	الإسم الثلاثي (يرجى كتابة الإسم باللغة الأجنبية)	صلة القرابة
					دون ضمان	فرق ضمان									مقدم الطلب
															زوج (ة)
															1
															2
															3
															4
															5
															6
المجموع العام \$ _____		عدد الدفعات _____		طريقة الدفع _____		بنك بيبيلوس <input type="checkbox"/>		بنك عودة <input type="checkbox"/>		بنك بيروت <input type="checkbox"/>		بنك الإعتدال اللبناني <input type="checkbox"/>		المصارف المعتمدة	
الدفعة الأولى \$ _____		بدل بطاقات ل.ل. _____		بنك اللبناني الفرنسي <input type="checkbox"/>		بنك اللبناني للتجارة <input type="checkbox"/>									

هل سبق لك أو لأحد أفراد العائلة الواردة أسماؤهم أعلاه أن أصيب بمرض ما، أو عولج أو خضع لعملية جراحية؟ حدد إسم الشخص المصاب والمرض الذي عولج منه/ العملية الجراحية التي أجراها / المشاكل الصحية التي يعاني منها حالياً، وأذكر المرض ورقمه وكل التفاصيل المتعلقة به. (راجع جدول الأمراض والحالات الصحية والمرضية الأكثر شيوعاً).			
معلومات صحية	إسم المصاب	رقم المرض	التشخيص
			العلاج / تاريخ بدء العلاج

شهادة وتصريح وتعهد المندوب(ة)

(يرجى من المندوب(ة) مساعدة طالب الإنتساب/التجديد، في ملء هذا الطلب وتلاوته عليه مجدداً، وتوقيع الشهادة والتصريح التالي):

أنا الموقع (ة) أدناه المنسوب (ة) المعتمد (ة) من قبل الصندوق التضامني الإجتماعي الصحي، أصرّح وأشهد على مسؤوليتي بأنّ طالب الإنتساب قد ملأ هذا الطلب أمامي وبحضوري / ساعدته (ها) على ملئه / ملأته وفق ما صرّح (ت) به تماماً (يرجى شطب العبارة غير اللازمة)؛ وأنّي أمنح إدارة الصندوق التضامني الإجتماعي الصحي صلاحية غير قابلة للعزل للتأكد من المعلومات أعلاه والتحقّق من صحتها، وأنني أعني بأنّ هذا الطلب هو خاضع للقبول أو الرفض أو التعديل من قبل إدارة الصندوق، وأنّ تعهّد بقبول هذا القرار والتقيّد بنتائجه.

توقيع المنسوب (ة)

في _____/_____/_____