

طلب انتساب

Membership Application

معلومات شخصية

الإسم الثلاثي:	عنوان السكن
إسم الأم وشهرتها:	منطقة /شارع:
تاريخ ومحل الولادة:	بناية /طابق:
الوضع العائلي: <input type="checkbox"/> متاهل <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: أولى تعاوضيَّة | هل لديك اي تغطية صحيَّة سابقة ؟ نعم كلا

معلومات عائليَّة

الإسم (باللغة الأجنبية)	Gender M/F	تاريخ الولادة	العمر	فرق ضمان	تغطية خارجية
Name	الجنس	DOB	Age	Co NSSF	AM
مقدم الطلب					
الزوج (ة)					
١					
٢					
٣					
٤					
٥					
٦					

طريقة الدفع

الدفعة الأولى (٢٥%):

الباقى:

عدد الدفعات الشهرية:

قيمة الدفعة الشهرية:

المجموع

بدل الإشتراك:

المساعدات:

المجموع الصافي:

بدل بطاقة:

معلومات طبيّة

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

أ. الأمراض الجرثومية والطفيلية	٧. أمراض العين	١٣. أمراض العظم والعضلات
ب. أورام خبيثة	٨. أمراض الأذن	١٤. أمراض الكليّ والمسالك البولية
ج. أمراض الدم والمناعة	٩. أمراض القلب والشرايين	١٥. مضاعفات الحمل والولادة
د. أمراض الغدد وأضطرابات الأيض	١٠. أمراض الجهاز التنفسي	١٦. حالات في فترة ما حول الولادة
هـ. الأمراض النفسية والسلوكية	١١. أمراض الجهاز الهضمي	١٧. سوء تقويم خلقي أو جيني
و. أمراض الجهاز العصبي	١٢. أمراض الجلد	١٨. العلامات والأعراض

الإسم	التشخيص	العلاج / العملية الجراحية	تاريخ بدء العلاج
.....
.....
.....
.....
.....

تعهد والتزام

أنا الموقع (ة) أدناه (بخط اليد) بصفتي الشخصية وبالنيابة عن كل 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 أنظمتة والتزامي بها، وعلى الأحكام، الموجبات، الشروط، الإستثناءات وحدود التغطية المحددة في هذا البرنامج وقبولي بها وبالتقيّد بكامل الأصول المبينة في نصوصه.

- 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، وأتعهد بقبول هذا القرار والتقيّد بنتائجه.
- مانحاً (ة) إدارة الصندوق والوكيل الإداريّ المكلف ومندوبيه صلاحية غير قابلة للعزل للتأكد من المعلومات أعلاه وللتحقّق عن حاليّ الصحيّة وعن الحالة الصحيّة لأفراد عائلتي؛ وأرفع السرية الطبية لصالح الصندوق والوكيل الإداريّ ومندوبيه.
- متعهداً (ة) بتسديد كامل بدلات الإشتراك في موعد استحقاقها؛ وفي حال تأخّرت أو تمتعت عن التسديد لمدة ١٥/ يوماً من تاريخ استحقاق كلّ قسط، لا يعوّذ حكماً باستطاعتي وباستطاعة المستفيدين من أفراد عائلتي، الذين تتكافل وتتضامن معاً في الموجبات، استعمال البطاقة الشخصية، ولا الإفادة من التقديمات الإستشفائية والصحية والمساعدات على أنواعها. وإذا، بعدها، تأخّرت أو تمتعت عن التسديد لفترة إضافية مدتها ٣٠/ يوماً يحقّ لإدارة الصندوق إسقاط إنتسابي وفسخ عقد الإشتراك هذا وإنهاءه على مسؤوليتي، حيث تُعتبر حينذاك كلّ الأقساط المتبقية مستحقة دفعة واحدة.
- وأرفق مبلغ الدفعة الأولى من بدل الإشتراك المتوجّب عليّ، وبدل البطاقة لحين البتّ في طلي (نا) هذا.

توقيع مقدّم الطلب

شهادة وتصريح وتعهد المندوب (ة)

(يطلب من المندوب (ة) مساعدة طالب الإنتساب/التجديد، في ملء هذا الطلب وتلاوته عليه مجدداً، و افهامه 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 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

وأني أمتنع إدارة الصندوق التعاضديّ الإجتماعيّ الصحيّ صلاحية غير قابلة للعزل للتأكد من المعلومات أعلاه والتحقّق من صحّتها، وأني أعني بأنّ هذا الطلب هو خاضع للقبول أو الرفض أو التعديل من قبل إدارة الصندوق، وأتعهد بقبول هذا القرار والتقيّد بنتائجه.

توقيع المندوب (ة) في الصندوق

توقيع المستلم الشاهد underwriter