

1. يرجى تعبئة جميع المعلومات المطلوبة وبخط واضح ومقروء.
Please fill out all required information in a clear readable handwriting.
2. يرفق صورة عن دفتره العائلة (لاشتراك العائلة).
Attach a copy of the family book (family subscription).
3. صورة شخصية لكل منتفع.
Personal photo for each beneficiary.

المعلومات الشخصية

Personal Information

اسم العائلة Family name	اسم الجد Grandfather Name	اسم الأب Father Name	الاسم الأول First Name
		العلاقة \ الصلة مع المؤمن Relation With The Insured	اسم المؤمن Insured's Name
درجة التأمين Insurance Degree	أخرى <input type="checkbox"/> Other	متزوج <input type="checkbox"/> Married	أعزب <input type="checkbox"/> Single
البريد الالكتروني Email Address	رقم الهاتف الخليوي Mobile Number		الرقم الوطني National Number

نوع العلاجات المكررة (إن وجدت) Type Of Repeated Treatments (If Any)	مؤمن للفترة السابقة Insured Previously	فصيلة الدم Blood Type	الوزن (كغم) Weight (Kg)	الطول (سم) Height (Cm)	الجنس ذكر/أنثى Sex Male/female	تاريخ الميلاد يوم/شهر/سنة Date Of Birth	الاسم Name
	No/لا <input type="checkbox"/> yes/نعم <input type="checkbox"/>						اسم المؤمن Insured
							اسم الزوج Husband
						.1	اسم الأبناء Children
						.2	
						.3	
						.4	
						.5	

No/لا yes/نعم

هل تستخدم أدوية بانتظام لحالات مزمنة؟
Do you use medications regularly for chronic cases?

في حالة الإجابة بنعم الرجاء ذكر الأدوية مع الجرعات
If the answer to the above mentioned question is yes, please mention the medications used and the dosage of use

هل تعاني أنت أو أي من أفراد عائلتك (الزوج/الأبناء) (بما في ذلك الحالات التي استدعت الدخول إلى المستشفى أو الجراحة) مما يلي:
Do you or any of the family members (spouse/children) (including cases requiring admission to hospital or surgery) suffer from the following:

صاحب المرض Patient	لا No	نعم yes	صاحب المرض Patient	لا No	نعم yes
			10. أمراض الجهاز البولي والتناسلي Genitourinary diseases		1. القلب والضغط والأوعية الدموية والشرايين Cardiovascular diseases
			11. أمراض الجهاز الليمفاوي Lymphocytic system disorders		2. أمراض تشوهات خلقية ووراثية Congenital malformation
			12. أمراض العظام والعضلات Bones and muscles diseases		3. السرطان وأمراض الدم Cancer and blood diseases
			13. أمراض الغدد الصماء والسكري Endocrine diseases and diabetes		4. الأمراض العقلية، والنفسية Mental and psychological disorders
			14. الروماتيزم والمناعة Rheumatic and immunity		5. أمراض الكلى والأملاح Renal diseases
			15. آلام الظهر Back pain		6. أمراض الجهاز الهضمي Digestive diseases
			16. أمراض الجهاز العصبي Neurological diseases		7. أمراض الجهاز التنفسي Respiratory diseases
			17. أي اعتلال، شكوى مرضية غير مذكورة أعلاه Any other disease or disorder not mentioned above		8. أمراض الجلد وتوابعه Dermatological diseases
			18. العمليات والإجراءات الطبية السابقة Previous surgeries or procedures		9. الإيدز، الأمراض الجنسية AIDS and sexual diseases

إذا كانت الإجابة على أي من الأسئلة أعلاه بنعم يرجى ذكر التفاصيل
If the answer to any of the above mentioned questions was yes, please mention details

المريض Patient	التشخيص الطبي Medical diagnosis	الإجراء الطبي Medical procedure	تاريخه Date	الوضع الحالي Current status

• إذا كانت الزوجة المشمولة حامل يرجى ذكر ذلك مع تحديد عدد أيام الحمل القائم

If the wife is pregnant, please mention that with determining the number of pregnancy days.....

• لا يعتبر أي مرض أو حالة تم ذكرها أعلاه مشمولة ما لم ترد صراحة في عقد التأمين.

None of the above mentioned diseases or cases will be considered included unless mentioned in the insurance contract

أشهد بأن المعلومات المذكورة صحيحة حسب أفضل علمي، وأقبل أن تعتبر أساساً لعقد التأمين المطلوب، كما أنني أفوض بموجب ما جاء أعلاه طبيبي المعالج و/أو أية مؤسسة للخدمات الطبية أو أية هيئة أو شخص لديه أية معلومات عن صحتي ونشاطي (وصحة ونشاط من أعليل) أن يقدمها إلى الشركة وذلك يشمل سجلات المستشفى وأية سجلات أخرى تعود لأية استشارة طبية أو تشخيص أو معالجة، كما أن صورة هذا التفويض والمختوم من قبل شركة التأمين تعتبر صالحة للغايات المذكورة كما لو كانت الأصل، وأوافق على أن تظل هذه الإجازة سارية المفعول قبل وفاتي وبعدها.

I certify that the mentioned information are correct as per the best of my knowledge; and I accept them to be considered as the base of the required insurance contract; and I delegate under the mentioned my doctor and/or any association for medical services or person or committee who has information about my health and activity (and those of my family) to provide them to the company including hospitals' records and any other records referring to any medical consultation or treatment; and the copy of that assignment stamped by the insurance company shall be considered valid for the mentioned purposes as if it is original, and I approve that the certificate continues to be valid before and after my death.

اسم وتوقيع المؤمن / Insured name and signature	Date/التاريخ
--	--------------