

طلب الإشتراك والاستمارة الطبية (الفردية / العائلية)

مخصص للصندوق:
فترة الإشتراك:
من إلى

الإسم الأول: _____ اسم الأب: _____ الشهرة: _____
رقم الهوية: _____ الجنس: ذكر أنثى
العنوان
البلد/المدينة: _____ شارع/ بناية/ طابق: _____
ص.ب.: _____ البريد الإلكتروني: _____ هاتف/ خليوي: _____

البرنامج	الدرجة الاستشفائية	خطط اضافية	خطط اضافية متخصصة من خلال شبكة عيادات مدن لبنان
برنامج الخطة الاستشفائية	<input type="checkbox"/> K	<input type="checkbox"/> الفحوصات الخارجية Ambulatory	<input type="checkbox"/> زيارة الطبيب Physicare
برنامج الرعاية الصحية الأولية MNC	<input type="checkbox"/> SP	<input type="checkbox"/> الأدوية موضوع وصفة طبية PMB	<input type="checkbox"/> Clinicare زيارة الطبيب + الفحوصات الخارجية
		<input type="checkbox"/> زيارة الطبيب MD	<input type="checkbox"/> Pharmacare زيارة الطبيب + الأدوية موضوع وصفة طبية
			<input type="checkbox"/> Multicare زيارة الطبيب + الفحوصات الخارجية + الأدوية موضوع وصفة طبية
			<input type="checkbox"/> Dental خطة الأسنان

الوضع العائلي للمضمون أمم متأمم مطلق أرمل

أفراد العائلة	الإسم	الجنس	تاريخ الولادة	الجنسية	مع ضمان اجتماعي	الطول	الوزن	هل تدخن؟	المهنة	هئة الدم
طالب الإشتراك					<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		
الزوج/ الزوجة					<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		
الأولاد					<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		
					<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		
					<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		
					<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		

هل يوجد شخص في العائلة لم يطلب تأمينه؟ نعم لا إذا أجبت بنعم فما هي الأسباب؟
هل كنت مؤمناً في السابق؟ نعم لا إذا أجبت بنعم يرجى تحديد اسم شركة التأمين السابقة وتاريخ انتهاء البوليصة:

إذا سبق لأحد الأشخاص المدرجة أسمائهم على هذه اللائحة أن أصيب أو عولج أو خضع لعملية جراحية بسبب أي مرض من الأمراض المدرجة أدناه خلال السنوات العشرة الأخيرة، الرجاء وضع علامة (X) في الخانة المخصصة للحالة الصحية:

1. أمراض القلب والشرايين ما عدا السرطان (الضغط، شرايين القلب، صمامات القلب، عضل القلب، كهرياء القلب، جلطة في الدماغ، نزيف في الدماغ، سائر أمراض القلب والشرايين)	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	10. أمراض خبيثة (اورام خبيثة وأمراض خبيثة في الدم)	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
2. أمراض جهاز التنفسي ما عدا السرطان (الربو، انسداد القصبات الهوائية، تشمع الرئة، أمراض أخرى...)	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	11. الأمراض المنقولة جنسياً ومرض أو فيروس السيدا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
3. أمراض الجهاز الهضمي ما عدا السرطان (كرون، التهاب الامعاء، جيوب في الامعاء، أمراض المرارة، الكبد، البنكرياس)	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	12. سوء تقويم خلقي أو عجز	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
4. أمراض الكلى والمسالك البولية ما عدا السرطان (بحص، التهاب، قصور، تكيس...)	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	13. أمراض أخرى، حوادث أو عمليات أو تطهير أو فحوصات تشخيصية سابقة أو مستقبلية على علم مسبق بها	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
5. أمراض العظم والعضلات (ما عدا السرطان) أو الأطراف المزروعة	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	14. هل تناول أو يتناول أحدكم أي دواء أو يتابع أي علاج	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
6. أمراض الجهاز العصبي ما عدا السرطان (شلل اطفال، انقباض عصبي، تليف لويحي، داء النعطة...)	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	15. للنساء، هل أنت حامل في الوقت الحاضر	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
7. السكري أو أمراض الغدد الصماء ما عدا السرطان	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	16. الأمراض والعيانات الخلقية	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
8. أمراض الأذن، الأنف، الحنجرة أو العين ما عدا السرطان	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	17. أمراض نفسية (كآبة، توتر...)	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
9. أمراض الدم ما عدا الأمراض الخبيثة (فقر دم...)	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	18. هل تعاني من عوارض متعلقة بالأمراض المذكورة أعلاه (أوجاع ظهر، أوجاع صدر، أوجاع مفاصل...)	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا

إذا أجبت بنعم على أحد هذه الأسئلة المدرجة أعلاه، الرجاء الإدلاء بالمعلومات الكاملة بتحديد إسم الفرد الذي أصيب أو عولج من مرض ما، رقم المرض الذي عولج منه كما هو مرقم أعلاه، مع كافة التفاصيل في ما يلي:

الإسم	رقم المرض	التشخيص	العلاج	التاريخ	إسم الطبيب أو المستشفى

أفيد بأن المعلومات المذكورة أعلاه هي كاملة ومطابقة للواقع رافعاً بشكل نهائي ومطلق السرية الطبية عن كل الملفات الطبية والمستندات والوصفات العائدة لأي منا بتاريخ سابق وتلك التي تتكون خلال فترة سريان البرنامج وذلك لصالح اللجان الطبية والأطباء طالباً منهم ومن شركات التأمين الأخرى أو أية هيئة ضامنة أخرى سبق أن طلبنا منها التعاقد لإجراء ضمان صحي و/أو على الحياة تزويد صندوق التضامن و/أو مدنت بجميع المعلومات والمستندات الصحية وبصور عنها، مجيزاً لمدنت، ضمن إمكانياتها، إعلام الطبيب المعالج لأي منا بالمعلومات المتوفرة لديها حول وضع كل منا الصحي، بالإضافة إلى قرارات الرفض أو الموافقة على التغطية لدى كافة مقدمي الخدمات الصحية بكافة الوسائل الممكنة، إن عبر البريد أو الرسائل القصيرة أو أي وسيلة أخرى متوفرة. من جهة أخرى ونظراً لكون المعلومات المصرح بها أعلاه تشكل أساساً لبرنامج التغطية الطبية فإنني أصرح بأنني على دراية كاملة بأن أي جواب أو تصريح غير صحيح أو حالة إغفال أو إسقاط معلومات أو وقائع متعلقة بأي منا يؤدي إلى اعتبار البرنامج بحكم الباطل منذ تاريخ سريانه وفقاً للشروط والأحكام المحددة فيه، وأصرح بأنني قد اطلعت على أحكام البرنامج وشروطه واستثناءاته العامة وبناء عليه أطلب الاستفادة من التغطيات الصحية لي ولأفراد عائلتي المحددين أعلاه. إن هذا التصريح هو مطلق غير قابل للرجوع عنه، وقد وقعته في ٠٠/٠٠/٠٠ على نسخة أصلية واحدة بيد صندوق التضامن للعمل به أو بصورة عنه عند الحاجة.

توقيع طالب الضمان: المستفيد الأول: المستفيد الثاني: المستفيد الثالث: المستفيد الرابع: