

شركة متلايف لتأمينات الحياة نموذج تعيين المعالين

أولاً: بيانات يستوفيه المتعاقد:

إسم المتعاقد:

إسم المؤمن عليه:

رقم العقد الجماعي:

رقم الشهادة الفردية:

ثانياً: بيانات يستوفيه المؤمن عليه:

لإستخدام متلايف
تاريخ بدء التأمين للمعالين

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

١- من هم الذين تعولهم (الزوجة والأبناء المعالين فقط)؟

الإسم بالكامل (حسب إثبات الشخصية)	درجة القرابة للعامل	تاريخ الميلاد يوم شهر سنة	الطول(سم)	الوزن(كجم)
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

٢- إسم وعنوان أي من المعالين المقيمين خارج البلد الذي يعمل فيه لمدة أكثر من ستة شهور متصلة من السنة

٣- هل أي من المعالين المذكورين أعلاه:

- إستشار طبيباً لأي سبب خلال السنوات الخمس الأخيرة، أو يخضع لأي نظام علاجى فى الفترة الحالية أو ينوي إجراء أى سشارة طبية أو علاجية، أو إجراء أى كشوف أو تحاليل طبية؟
- لا نعم
- سبق أن رفض له أى طلب تأمين على حياتهم أو خفضة أو تعديلة أو هل لديك معلومات عن أية علة فى حالة الصحة أو الجسمانية؟
- لا نعم
- سبق أن تم علاجة من أو أخطر بضرورة إجراء فحوص أو تحاليل طبية أو تناول علاج بشأن أمراض القلب، ضغط الدم المرتفع، السكر، سكر فى البول، مرض كلوى، مرض رئوى، السرطان، الام الظهر أو المفاصل، إضطرابات عصبية، إضطرابات بالمعدة أو الجهاز الهضمى، أمراض الكبد أو أمراض طفيلية متوطنة؟
- لا نعم

٤- السؤال للعاملين المتزوجين فقط:

هل زوجتك حامل:

(إذا كانت الإجابة نعم) كم شهراً؟

لا نعم

٥- مركب نقص المناعة المكتسب (AIDS)

برجاء الإجابة بالتفصيل على كل الأسئلة التالية بشأن المعالين:

لا نعم

هل تلقى أى منهم علاج أو إستشارة طبية تتعلق بالإيدز أو مرض متصل به أو أى مرض منقول جنسياً؟

لا نعم

هل سبق إخطار أى منهم بأنه مصاب بالإيدز أو المركب المتصل به؟

لا نعم

هل سبق أن أظهر تحليل معملى لدم أى منهم وجود إيجابى للأجسام المضادة لفيروس الإيدز؟

لا نعم

هل يعانى أى منهم من أى من الأعراض التالية التى لا تجد لها تفسيراً (إرهاق، فقدان الوزن، إسهال، تضخم الغدد الليمفاوية، آفات جلدية غريبة؟

٦- إذا كانت الإجابة على أى من الأسئلة من (٣) الى (٥) بنعم، فبرجاء ذكر التفاصيل فى الجدول الوارد أدناه (إذا كانت أسباب الإستشارة الطبية روتينية، برجاء ذكر السبب المحدد للإستشارة، تاريخ إجرائها، نوع الفحوص الطبية التى أجريت، ويرجى إرفاق أى نتائج ممكنة.)

إستخدام ورقة منفصلة للإجابة إذا كان ذلك ضرورياً، وإرفق بالنموذج نسخ من تقارير المستشفيات وآخر التقارير الطبية التى أعدت عن حالتهم الصحية.

إسم المعال رقم السؤال تفاصيل الحالة مدة إستمرار الحالة تاريخ العلاج تاريخ الشفاء التام إسم وعنوان شهر سنة الطبيب أو المستشفى

ثالثاً: توقيع العامل وصاحب العمل / المتعاقد

أقر هنا بأن البيانات والإجابات عن الأسئلة الواردة أعلاه بكل أجزاء هذا النموذج كاملة وصحيحة حسب معلوماتى كما أخص هنا لأى طبيب أو مستشفى أو شركة تأمين أو أى مؤسسة أخرى لديها سجلات أو معلومات عنى أو عن حالتى الصحية أن تعطى لشركة متلايف لتأمينات الحياة كل ما تطلبه من معلومات عنى وعن حالتى الصحية وتاريخى الصحى وسجلات دخولى للمستشفيات ويكون لصورة هذا الترخيص صلاحية النفاذ كالأصل تماماً.

توقيع العامل

ختم وتوقيع المتعاقد

التاريخ