MedNet LIBAN

perpetual®

AXA MIDDLE EAST أكسا الشرق الأوسط

طلب الضمان والاستمارة الطبية (الفردية/العائلية)

مخصص للإدارة
الفترة التعاقدية:
من..... الى .....
رقم العميل:
رقم البوليصة:

الاسم الاول: ..... اسم الأب: ..... الشهرة: : .....

رقم الهوية: ..... الجنس: ذكر ☐ انثى ☐

العنوان البلد/المدينة: ..... شارع/بناية/طابق: .....

ص.ب: ..... البريد الإلكتروني: ..... هاتف/الخليوي: .....

الشبكة	المبالغ المقتطعة / Economiser								الدرجة الاستشفائية			
Full Network ☐	1000 ☐	750 ☐	600 ☐	500 ☐	400 ☐	300 ☐	200 ☐	100 ☐	SP ☐	B ☐	A ☐	Lux ☐
Select ☐									SP ☐	B ☐	A ☐	

خطط إضافية متخصصة

☐ الفحوصات الخارجية/Ambulatory ☐ زيارة الطبيب/Doctor's Visit ☐ الادوية موضوع وصفة طبية/Prescription Medicine

الوضع العائلي للمضمون أعزب ☐ متأهل ☐ مطلق ☐ أرمل ☐

أفراد العائلة	الاسم	الجنس	تاريخ الولادة	الجنسية	مع ضمان اجتماعي	الطول	الوزن	هل تدخن؟	المهنة	فئة الدم
طالب الاشتراك					نعم ☐ لا ☐			نعم ☐ لا ☐		
الزوج/الزوجة					نعم ☐ لا ☐			نعم ☐ لا ☐		
الأولاد					نعم ☐ لا ☐			نعم ☐ لا ☐		
					نعم ☐ لا ☐			نعم ☐ لا ☐		
					نعم ☐ لا ☐			نعم ☐ لا ☐		
					نعم ☐ لا ☐			نعم ☐ لا ☐		
					نعم ☐ لا ☐			نعم ☐ 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 أسماؤهم على هذه اللائحة أن أصيب أو عولج أو خضع لعملية جراحية بسبب أي مرض من الأمراض المدرجة أدناه خلال السنوات العشر الأخيرة. الرجاء وضع علامة X في الخانة المخصصة للحالة الصحية.

١. أمراض القلب والشرايين (الضغط، شرايين القلب، صمامات القلب، عضل القلب، كهرباء القلب، جلطة في الدماغ، نزيف في الدماغ، سائر أمراض القلب والشرايين)	نعم ☐ لا ☐	١٠. أمراض خبيثة (أورام خبيثة وأمراض خبيثة في الدم)	نعم ☐ لا ☐
٢. أمراض الجهاز التنفسي ما عدا السرطان (الربو، انسداد القصبات الهوائية، تشميع الرئة، أمراض أخرى...)	نعم ☐ لا ☐	١١. الأمراض المنتقلة جنسياً ومرض أو فيروس السيدا	نعم ☐ لا ☐
٣. أمراض الجهاز الهضمي ما عدا السرطان (كرون، التهاب الأمعاء، جيوب في الأمعاء، أمراض المرارة، الكبد، البنكرياس)	نعم ☐ لا ☐	١٢. سوء تقويم خلقي أو عجز	نعم ☐ لا ☐
٤. أمراض الكلي والمسالك البولية ما عدا السرطان (بحصة، التهاب، قصور، نكيس..)	نعم ☐ لا ☐	١٣. أمراض أخرى، حوادث أو عمليات او تنظير أو فحوصات تشخيصية سابقة أو مستقبلية على علم مسبق بها	نعم ☐ لا ☐
٥. أمراض العظم (ما عدا السرطان) أو الأطراف المزروعة	نعم ☐ لا ☐	١٤. هل تناول أو يتناول أحدكم أي دواء أو يتابع أي علاج	نعم ☐ لا ☐
٦. أمراض الجهاز العصبي ما عد السرطان (شلل أطفال، انهيار عصبي، تليف لويحي، داء النقطة..)	نعم ☐ لا ☐	١٥. للنساء هل أنت حامل في الوقت الحاضر	نعم ☐ لا ☐
٧. السكري أو أمراض الغدد الصماء ما عدا السرطان	نعم ☐ لا ☐	١٦. الأمراض والعاهات الخلقية	نعم ☐ لا ☐
٨. أمراض الأذن، الأنف، الحنجرة أو العين ما عدا السرطان	نعم ☐ لا ☐	١٧. أمراض نفسية (كآبة، توتر....)	نعم ☐ لا ☐
٩. أمراض الدم ما عدا الأمراض الخبيثة (فقر دم..)	نعم ☐ لا ☐	١٨. هل تعاني من عوارض متعلقة بالامراض المذكورة أعلاه؟ (اوجاع ظهر، أوجاع صدر، اوجاع مفاصل....)	نعم ☐ لا ☐

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

الاسم	رقم المرض	التشخيص	العلاج	التاريخ	اسم الطبيب أو المستشفى

أفيد بأن المعلومات المذكورة آنفاً هي كاملة ومطابقة للواقع رافعاً بشكل نهائي ومطلق السرية الطبية عن كل الملفات الطبية العائدة لأي منا بتاريخ سابق وتلك التي قد تتكون خلال فترة سريان عقد الضمان وذلك لصالح الضامن ولصالح شركة مدنت لبنان وأي من مندوبيها. مجيزاً لهم التأكد منها بكل الوسائل لاسيما عن طريق الاستفسار عن حالتي الصحية وحالة أفراد عائلتي لدى كافة المراكز الطبية والأطباء طالباً منهم ومن شركات التأمين الأخرى أو أية هيئة أخرى سبق أن طلبنا منها التعاقد لإجراء ضمان صحي و/أو على الحياة تزويد الضامن و/أو مدنت بجميع المعلومات الصحية وبصورة عنها. مجيزاً لمدنت ضمن إمكانياتها إعلام الطبيب المعالج لأي منا بالمعلومات المتوفرة لديها حول وضع كل منا الصحي.

من جهة أخرى، ونظراً لكون المعلومات المصرح بها أعلاه تشكل أساساً لعقد الضمان 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 عقد الضمان بحكم الباطل منذ تاريخ سريانه وفقاً للشروط والأحكام المعددة فيه.

وأصرح بأنني قد اطلعت على أحكام البوليصة وشروطها واستثناءاتها العامة وبناء عليه أطلب الاستفادة من الضمان الصحي لي ولأفراد عائلتي المعددين أعلاه.

إن هذا التصريح هو مطلق غير قابل للرجوع عنه. وقد وقعته في ...../...../..... على نسخة أصلية واحدة بيد الضامن للعمل به أو بصورة عنه عند الحاجة.

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