

طلب الإنتساب والاستمارة الطبية للأفراد والعائلات

التاريخ _____

الفترة التعاقدية من	إلى	رقم المندوب	رقم العقد
---------------------	-----	-------------	-----------

مخصص للإدارة

معلومات شخصية

الاسم الأول	الشهرة
اسم الأب	رقم الهوية
البلد	المدينة
الشارع	البنية
الخليوي	الهاتف
ص.ب.	البريد الالكتروني

تفاصيل الطلب

<input type="radio"/> Limited Network	<input type="radio"/> Full Network	الشبكة
---------------------------------------	------------------------------------	--------

مراجعة صندوق التعاضد للتفاصيل حول الخيارات

Ambulatory Limited Network / الفحوصات الخارجية / Prescription Medicine / الأدوية موضوع وصفة طبية

Ambulatory Full Network / الفحوصات الخارجية / Doctor's Visit / زيارة الطبيب

خطط إضافية ملخصة صندوق التعاضد

الوضع العائلي للمتعاقد أعزب متأهل مطلق أرملة

أفراد العائلة	الاسم	الجنسية	تاريخ الولادة	الجنس	الطول CM	الوزن KG	مدخن؟ نعم/لا	ضمان اجتماعي نعم/لا	المهنة	فئة الدم
المتعاقد										
الزوج/الزوجة										
الأولاد										

هل يوجد شخص في العائلة لم يطلب أنتسابه؟ إذا أُجبت بنعم، فما هي الأسباب؟

هل كنت مؤمناً في السابق؟ إذا أُجبت بنعم، يرجى تحديد اسم الهيئة الضامنة وتاريخ انتهائها.

هل ترغب في تلقي الرسائل القصيرة على هاتفك في ما يتعلق بحالة المطالبات؟ نعم لا

هل ترغب في أن يتلقى الوسيط الرسائل القصيرة على هاتفه في حال تم رفض مطابقتك أو جرى الموافقة عليها جزئياً؟ نعم لا

تفاصيل الطلب

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

- | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| 10. أمراض خبيثة (أورام خبيثة وأمراض خبيثة في الدم) | ○ نعم
○ لا | 1. أمراض القلب والشرايين (الضغط، شرايين القلب، عضل القلب، كهرباء القلب، جلطة في الدماغ، نزيف في الدماغ، سائر أمراض القلب والشرايين) | ○ نعم
○ لا |
| 11. الأمراض المنتقلة جنسياً ومرض أو فيروس السيدا | ○ نعم
○ لا | 2. أمراض الجهاز التنفسي ماعدا السرطان (الربو، انسداد القصبات الهوائية، تشميع الرئة، أمراض أخرى...) | ○ نعم
○ لا |
| 12. أمراض أخرى، حوادث أو عمليات أو تنظير أو فحوصات تشخيصية سابقة أو مستقبلية على علم مسبق بها | ○ نعم
○ لا | 3. أمراض الجهاز الهضمي ماعدا السرطان (كرون، التهاب الأمعاء، جيوب في الأمعاء، أمراض المرارة، الكبد، البنكرياس...) | ○ نعم
○ لا |
| 13. هل تناولت أي دواء أو تتابع أي علاج | ○ نعم
○ لا | 4. أمراض الخلى والمسالك البولية ماعدا السرطان (بحصة، التهاب، قصور، نكيس...) | ○ نعم
○ لا |
| 14. للنساء: هل أنت حامل في الوقت الحاضر | ○ نعم
○ لا | 5. أمراض العظام (ماعدا السرطان) أو الأطراف المزروعة | ○ نعم
○ لا |
| 15. الأمراض والعاهات الخلقية | ○ نعم
○ لا | 6. أمراض الجهاز العصبي ماعدا السرطان (شلل أطفال، انهيار عصبي، تليف لويحي، داء النقطة...) | ○ نعم
○ لا |
| 16. أمراض نفسية (كآبة، توتر...) | ○ نعم
○ لا | 7. السكري أو أمراض الغدد ماعدا السرطان | ○ نعم
○ لا |
| 17. هل تعاني من عوارض متعلقة بالأمراض المذكورة أعلاه؟ (أوجاع ظهر، أوجاع صدر، أوجاع مفاصل...) | ○ نعم
○ لا | 8. أمراض الأذن، الأنف، الحنجرة أو العين ما عدا السرطان | ○ نعم
○ لا |
| | | 9. أمراض الدم ما عدا الأمراض الخبيثة (فقر دم...) | ○ نعم
○ لا |

إذا أُجبت بنعم على أحد الأسئلة المدرجة أعلاه، الرجاء الإدلاء بالمعلومات الكاملة، بتحديد رقم المرض الذي عولجت منه كما هو مرقم 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 والمستندات والوصفات العائدة لي من تاريخ سابق وتلك التي تتكون خلال فترة سريان عقد الضمان وذلك لصالح اللجان الطبية والأطباء طالباً منهم ومن شركات التأمين الأخرى وصناديق التعاضد أو أية هيئة ضامنة أخرى سبق أن طلبت منها التعاقد لإجراء ضمان صحي و/أو على الحياة، تزويد الصندوق و/أو غلوب مد لبنان بجميع المعلومات والمستندات الصحية وبصور عنها، مجيزاً لغلوب مد لبنان، ضمن إمكانياتها، اعلام الطبيب المعالج أي من المعلومات المتوفرة لديها حول وضع كل منا الصحي بالإضافة إلى قرارات الرفض أو الموافقة على التغطية لدى كافة مقدمي الخدمات الصحية والصيدليات 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 لعقد الإنتساب 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 الإنتساب بحكم الباطل منذ تاريخ سريانه وفقاً للشروط والأحكام المحددة فيه، وأصرح بأنني قد اطلعت على أحكام العقد وشروطها واستثناءاتها العامة وبناء عليه أطلب الإستفادة من الضمان الصحي لي ولأفراد عائلتي المحددين أعلاه، إن هذا التصريح هو مطلق غير قابل للرجوع عنه، وقد وقعته في / / على نسخة أصلية واحدة بيد صندوق التعاضد للعمل به أو بصورة عنه عند الحاجة.

توقيع المتعاقد

توقيع المستفيد الأول

توقيع المستفيد الثاني

توقيع المستفيد الثالث

توقيع المستفيد الرابع