

طلب الضمان والاستمارة الطبية للأفراد والعائلات

Perpetual/Plan
served by GlobeMed

التاريخ

الفترة التعاقدية من	إلى	رقم العميل	رقم البوليصة
---------------------	-----	------------	--------------

مخصص للإدارة

معلومات شخصية

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

تفاصيل الطلب

الشبكة	نسبة المشاركة/المبلغ المقتطع	الدرجة الاستشفائية
Full Network ☐	\$100 ☐ \$300 ☐ \$500 ☐ \$700 ☐ \$1000 ☐	Lux ☐ A ☐ B ☐ SP ☐
Limited Network ☐	N/A	SP ☐
Select Network ☐	N/A	A ☐ B ☐ SP ☐
Network Variation ☐	25% Coinsurance* ☐ 10% Coinsurance* ☐	A ☐ B ☐ SP ☐

*مراجعة الشركة للتفاصيل حول الخيارات

خط إضافي متخصص ☐ الفحوصات الخارجية/Ambulatory Full Network ☐ الفحوصات الخارجية/Ambulatory Limited Network ☐ زيارة الطبيب/Doctor's Visit ☐ الأدوية موضوع وصفة طبية/Prescription Medicine ☐

الوضع العائلي للمضمون ☐ أعزب ☐ متأهل ☐ مطلق ☐ أرمل ☐

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

هل يوجد شخص في العائلة لم يطلب تأمينه؟ إذا أجبت بنعم، فما هي الأسباب؟

هل كنت مؤمناً في السابق؟ إذا أجبت بنعم، يرجى تحديد اسم شركة التأمين وتاريخ انتهاء البوليصة.

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 مطالبتك أو جرى الموافقة عليها جزئياً؟ ☐ نعم ☐ لا

www.globemedlebanon.com

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

- | | | | | | |
|---|---------------------------|--------------------------|---|---------------------------|--------------------------|
| 1. أمراض القلب والشرايين (الضغط، شرايين القلب، عضل القلب، كهرباء القلب، جلطة في الدماغ، نزيف في الدماغ، سائر أمراض القلب والشرايين) | نعم ☐ | لا ☐ | 10. أمراض خبيثة (أورام خبيثة وأمراض خبيثة في الدم) | نعم ☐ | لا ☐ |
| 2. أمراض الجهاز التنفسي ما عدا السرطان (الربو، انسداد القصبات الهوائية، تشمع الرئة، أمراض أخرى...) | نعم ☐ | لا ☐ | 11. الأمراض المنتقلة جنسياً ومرض أو فيروس السيدا | نعم ☐ | لا ☐ |
| 3. أمراض الجهاز الهضمي ما عدا السرطان (كرون، التهاب الأمعاء، جيوب في الأمعاء، أمراض المرارة، الكبد، البنكرياس...) | نعم ☐ | لا ☐ | 12. أمراض أخرى، حوادث أو عمليات أو تنظير أو فحوصات تشخيصية سابقة أو مستقبلية على علم مسبق بها | نعم ☐ | لا ☐ |
| 4. أمراض الكلى والمسالك البولية ما عدا السرطان (بحصة، التهاب، قصور، نكيس...) | نعم ☐ | لا ☐ | 13. هل تناول أي دواء أو تتابع أي علاج؟ | نعم ☐ | لا ☐ |
| 5. أمراض العظم (ما عدا السرطان) أو الأطراف المزروعة | نعم ☐ | لا ☐ | 14. للنساء: هل أنت حامل في الوقت الحاضر؟ | نعم ☐ | لا ☐ |
| 6. أمراض الجهاز العصبي ما عدا السرطان (شلل أطفال، انهيار عصبي، تليف لويحي، داء النقطة...) | نعم ☐ | لا ☐ | 15. الأمراض والعيات الخلقية | نعم ☐ | لا ☐ |
| 7. السكري أو أمراض الغدد ما عدا السرطان | نعم ☐ | لا ☐ | 16. أمراض نفسية (كآبة، توتر...) | نعم ☐ | لا ☐ |
| 8. أمراض الأذن، الأنف، الحنجرة أو العين ما عدا السرطان | نعم ☐ | لا ☐ | 17. هل تعاني من عوارض متعلقة بالأمراض المذكورة أعلاه؟ (أوجاع ظهر، أوجاع صدر، أوجاع مفاصل...) | 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 لأي منا بتاريخ سابق وتلك التي تتكون خلال فترة سريان عقد الضمان وذلك لصالح اللجان الطبية والأطباء طالباً منهم ومن شركات التأمين الأخرى أو أية هيئة ضامنة أخرى سبق أن طلبت منها التعاقد لإجراء ضمان صحي و/أو على الحياة، تزويد شركة الضمان و/أو غلوب مد لبنان بجميع المعلومات والمستندات الصحية وبصور عنها، مجيزاً لغلوب مد لبنان، 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 والميدليات 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 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 المحددة فيه. وأصرح بأنني قد اطلعت على أحكام البوليصة وشروطها واستثناءاتها العامة وبناء عليه أطلب الاستفادة 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 شركة الضمان للعمل به أو بصورة عنه عند الحاجة.

توقيع طالب الضمان

توقيع المستفيد الأول

توقيع المستفيد الثاني

توقيع المستفيد الثالث

توقيع المستفيد الرابع