

## 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

- |   |                           |                          |  |
|---|---------------------------|--------------------------|--|
| 14 أمراض نفسية (كآبة، نور..)  | نعم <input type="radio"/> | لا <input type="radio"/> | 1 أمراض القلب والشرايين (الضغط، صمامات، قسطرة للشرايين، وهم راسور، شرايين القلب، مازيو، عمل القلب، كهرباء القلب، خلطة في الدماغ، نزيف في الدماغ، سائر أمراض القلب والشرايين) |
| 15 الأمراض المتعلقة جنسياً ومرض أو فيروس السيدا   | نعم <input type="radio"/> | لا <input type="radio"/> | 2 أمراض الجهاز التنفسي ما عدا السرطان (الربو، انسداد القصبات الهوائية، تشنج الرئة، سل، التهاب رئوي مزمن، أمراض أخرى..)   |
| 16 أمراض أخرى، حوادث أو نظير أو مخومات تشخيصية سابقة أو مستقبلية على علم مسبق بها   | نعم <input type="radio"/> | لا <input type="radio"/> | 3 أمراض الجهاز الهضمي ما عدا السرطان (كرون، القرحة، الفواق، التهاب الأمعاء، جرب في الأمعاء، أمراض المرارة، الكبد، المعدة، السكرياس، صفيرة، بواهر، إسهال متكرر..)             |
| 17 أمراض سائفة وأمراض التدي، مبيض، رحم، تدي، أنابيب، ليقه، كياس، ورم، خلل في الدورة الشهرية   | نعم <input type="radio"/> | لا <input type="radio"/> | 4 أمراض الكلى والمسالك البولية والتناسلية، والبروستات ما عدا السرطان (حصاة، التهاب، قصور، رمل، أمراض تكيس، غسيل كلتي..)  |
| 18 للنساء: هل أنت حامل في الوقت الحاضر؟ عدد أسابيع الحمل: .....   | نعم <input type="radio"/> | لا <input type="radio"/> | 5 أمراض العظم والمفاصل، العصبية، الروماتيزم، ترقق العظم (ما عدا السرطان) والأطراف المرزوعة أو عمو اصطناعي في الجسم   |
| 19 أمراض واضطرابات الجلد ما عدا السرطان (حجث الشباب، التهابات الجلد على أنواعها كالتهاب الجلد التأتبي والتهاب الجلد التماسي، الاكزيما، الحذمية، الخ؟) | نعم <input type="radio"/> | لا <input type="radio"/> | 6 أمراض الجهاز العصبي ما عدا السرطان (دوخة، فرغ، شلل، إبهار عصبي، تلف لويحي، داء النعطة..)   |
| 20 أمراض الحساسية (حذاء طعام، دواء، مواد أخرى، طقس...)  | نعم <input type="radio"/> | لا <input type="radio"/> | 7 أمراض مزمنة أو السكري أو أمراض الفقد ما عدا السرطان  |
| 21 هل تعاني من عوارض متعلقة بالأمراض المذكورة أدناه؟ (أوضاع رأس، ظهر، صدر، مفاصل، أو أي عوارض أخرى..)   | نعم <input type="radio"/> | لا <input type="radio"/> | 8 أمراض الأذن، الأنف، الحنجرة أو العين ما عدا السرطان  |
| 22 أعمال/جراحة/تحصيلة على سبيل المثال لا للحشر ضد بطن، تكبير أو تصغير صدر، شفط دهون، إبر في الوجه   | نعم <input type="radio"/> | لا <input type="radio"/> | 9 أمراض الدم ما عدا الأمراض الخبيثة (مقر دم، بلاسمية، نفس حديد..)  |
| 23 أعمال/جراحة البدانة، وضع السوازة أو بالون أو عملية تصغير للمعدة  | نعم <input type="radio"/> | لا <input type="radio"/> | 10 أمراض خبيثة (أورام خبيثة وأمراض خبيثة في الدم) هل هو <input type="radio"/> ورم موهصمي أم <input type="radio"/> ورم منتشر  |
| 24 هل تناول أي دواء أو نتاج أي علاج؟ حدد: .....   | نعم <input type="radio"/> | لا <input type="radio"/> | 11 أورام حميدة في الجسم، هل أجريت جرعة لأي عضو من الجسم  |
| 25 الإفراط باستعمال الدواء أو الكحول أو تناول المهدئات  | نعم <input type="radio"/> | لا <input type="radio"/> | 12 الأمراض والعيانات الخلفية   |
| 26 هل تعاني أم عانيت من أي أمراض غير مذكورة؟  | نعم <input type="radio"/> | لا <input type="radio"/> | 13 هل أجريت أي عملية جراحية؟   |

إذا أُجبت بنعم على أحد الأسئلة المدرجة أعلاه، الرجاء الإبداء 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

أقيد بأن المعلومات المذكورة أعلاه هي كاملة ومطابقة للواقع رافعاً بشكل نهائي ومطلق السرية الطبية عن كل الملفات الطبية والمستندات والوصفات المأذنة لأي من تاريخ سابق وتلك التي تتكون خلال فترة سريان عقد الضمان وذلك لصالح اللجان الطبية والأطباء طالباً منهم ومن شركات التأمين الأخرى أو أية هيئة صامته أخرى سبق أن طلبت منها التناقد لإجراء ضمان صحي و/أو على الحياة، تزويد شركة الضمان و/أو غلوب مد لبنان بجمع المعلومات والمستندات الصحية وصور عنها، محيراً لغلوب مد لبنان، ضمن إمكانياتها، إعلام الطبب المهالج لأي من المعلومات المتوفرة لديها حول وضع كل منا الصحي، بالإضافة إلى قرارات الرخص أو الموافقة على التغطية لدى كافة مقدمي الخدمات الصحية والصيدليات بكافة الوسائل الممكنة، إن عبر البريد أو الرسائل القصيرة أو أي وسيلة أخرى متوفرة.

أوافق  نعم  لا

في حال عدم الموافقة لن يتم إصدار الوثيقة

من جهة أخرى ونظراً لكون المعلومات المصريح 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 وفائق متعلقة بأي منا يؤدي إلى اعتبار عقد الضمان بحكم الباطل منذ تاريخ سريانه وفقاً للشروط والأحكام المحددة فيه وأصرح بأنني قد اطّعت على أحكام الوثيقة وشروطها واستثناءاتها العامة وبناء عليه أطلب الاستفادة من الضمان الصحي لدى الأفراد عائليي 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.

التاريخ: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



توقيع طالب الضمان

www.globemedelebanon.com



## طلب الاستمارة الطبية

الرقم التقابلي	اسم المهندس	اسم الأب	الشهرة	تاريخ الولادة (يوم / شهر / سنة)
العنوان	هاتف منزل: هاتف مكتب: هاتف خليوي:	E-mail		

الوضع العائلي للمضمون  أعزب  متأهل  مطلق  أرمل

#	الإسم الثلاثي	الجنس	الصلة (العائلية / والوظيفة)	تاريخ الولادة (يوم / شهر / سنة)	Class A	Class SP	IN Co-Insurance	OUT 10%	فئة الدم
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									

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

التاريخ / /

التوقيع