

افصحاح بالحوالات الصحية الخاصة بالهوية من غير

معلومات الاتصال

اسم الشركة / العائلة: مؤسسة بايوني للتجارة والتعهدات

اسم مسؤول التأمين: محمد عبد الله العجوي

تاريخ بداية التأمين: ٩.١١ / ٧ / ٦

هاتف: ٨٦٤٧٠٤٧

البريد الإلكتروني: Talal@Bayouni.net

المدينة: الخبر

الشارع: الملك فهد

المنطقة البريئة: ١٥

الرمز البريدي: ٣١٩٥٢

عدد الأعضاء المطلوب تأمينهم (١) محمد عبدالله العجوي

رقم الهاتف: ٠٥٠٤٩٩١٥٢٢

يجب أن يتم ملء طلب الاستبيان هذا من قبل الشخص المسؤول في شركتكم.
رقم العضوية الموجود أو السابق
إذا حصلت على خدمة التأمين من شركة بوبا من قبل، فضلاً عن الأناقة
العضوية السابقة للأعضاء جميعهم.

يرجى وضع علامة تحت نعم أو لا مقابل الأسئلة التالية إذا كانت الإجابة نعم يرجى تقديم عدد الحالات	لا	نعم	عدد الحالات	الاسماء
هل يعاني أحد موظفيك / أفراد عائلتك من أي من الأمراض أو الحالات التالية:				
١- الإصابة بالتهاب السحايا العنقية وخراجة العنق المتفحج أو ظهور الدمامل	✓			
٢- حالات السكر غير	✓			
٣- الفشل الكلوي ومرض الكلى	✓			
٤- التهاب الكبد المزمن	✓			
٥- الأمراض المعدية وأحد آخر الفصيح، وتصلب الشرايين، سكتة الدماغية وحالات العصبية	✓			
٦- أي مرض آخر غير المذكور أعلاه	✓			
٧- اضطرابات المناعة	✓			
٨- ارتفاع ضغط الدم، سكري أو غيره من أمراض مزمنة	✓			
٩- أمراض تنكسية العيون	✓			
١٠- الرئوماتويد ومرض التهاب المفاصل	✓			
١١- الأورام الخبيثة	✓			
١٢- قرحة المعدة الحادة وبنوي عينية	✓			
١٣- تشوهات العمود الفقري	✓			
١٤- جراحة والصاح الوضعية العنقية	✓			
١٥- التهاب القولون التقرح	✓			
١٦- مرضى أو أفراد من أسرهم	✓			

أقر أن البيانات الواردة في هذا الطلب كاملة، وصادقة، وتمت مناقشتها مع الموظفين / الأفراد المذكورين جميعهم وعائلاتهم
وأوافق على أن أقبل طيباً تنظيم على أسس هذه البيانات وأن شركة بوبا العربية للتأمين التعاوني يمكنها الاتصال بالمستشفيات التي أعالج / تتعامل معها لتزويدها بأى معلومات
طبية قد تحتاجها
أؤكد قبول الختام بعمليتي استكمال عمليتي مستقبلاً على الأعضاء الذين سيتم تسجيلهم / إضافتهم جميعاً خلال مدة العقد سواء قبل أو بعد تسجيل القسط
لأنهم أقبلوا المسؤولية عن أي حالة طبية تحدث قبل تاريخ التسجيل أو كانت متوقفة وقت التسجيل، إلا إذا تم التصريح عن مثل هذه الحالة الطبية من قبل شركة بوبا وقبلها كتابياً
عدم إخطار شركة بوبا عن حالة طبية قد تؤدي إلى رفض المطالبة بحق الاستفادة أو إبغاء التغطية

يرجى المحافظة بصدقك بالاحتفاظ بنسخة من المعلومات المقدمة جميعها بما في ذلك أي رسائل ترسلها لنا على علاقة بهذه المعلومات وبعد إكمال استمارة الطلب هذه وتحت توقيعك
التصريح برفح إعلانها إتاحة لأعضاء الكامة، وإن كان لديك أي سؤال، فضلاً عن الاتصال بنا على العنوان المذكور

معلومات الاتصال: ٠٥٠٤٩٩١٥٢٢ - البريد الإلكتروني: business@bupame.com



التوقيع: