

فئة المنتج المرغوبة:  مؤسسات وشركات  عوائل سعودية  أفراد مقيمين  عمالة منزلية   
 نوع الطلب:  إصدار وثيقة جديدة  إضافة على وثيقة حالية  تجديد وثيقة سابقة   
 رقم الوثيقة (أو العضوية) الحالية أو السابقة: \_\_\_\_\_

## القسم الأول: معلومات مقدم الطلب

اسم الشركة / المؤسسة / العائلة:	رقم السجل التجاري:
الاسم كما سيظهر على البطاقة:	الجنس: <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى
اسم الشخص المخول بالتأمين*:	رقم الهوية:
الجنسية:	تاريخ الانتهاء:
جهة العمل:	المسمى الوظيفي:
البريد الإلكتروني:	العنوان:
هاتف:	فاكس:
البريد الإلكتروني:	رقم البيان:

\*يتم ملئ نموذج الإفصاح من قبل الشخص المؤمن لنفسه أو رب الأسرة أو الوكيل الشرعي أو المفوض الرسمي للمؤسسة أو الشركة.

## القسم الثالث: كشف بأسماء أصحاب الحالات

الرجاء ذكر أسماء أصحاب الحالات المعروفة في القسم الثاني مع تحديد نوع الحالة وإرفاق كافة التقارير الطبية الحديثة (لا تتجاوز ٣ أشهر) لكل منها

تحديد الحالة	الإسم

## القسم الثاني: الإفصاح الطبي

يرجى الإفصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بالإشارة أمامها

نعم	لا
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## القسم الرابع: الإفراق والتفويض

أقر/نقر أن جميع البيانات المذكورة في هذا النموذج كاملة وصحيحة وتمت مناقشتها مع الأفراد أو الموظفين المذكورين جميعهم وعائلاتهم بطريقة لا تتنافى مع خصوصية وسرية المعلومات، وبناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأن شركة بوبا العربية للتأمين التعاوني لها الحق في الإتصال بالمستشفيات التي تعامل/تعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم الخطر.

أوافق/نوافق بأحقية شركة بوبا العربية للتأمين التعاوني في رفض المطالبة أو التغطية كلياً عند عدم الإفصاح عن أي حالة متوقعة أو نشأت قبل تاريخ التعاقد أو التسجيل أو الإضافة خلال العقد ما إذا كانت من الحالات المذكورة في قسم الإفصاح الطبي أو لم تذكر سواء كانت مشخصة من قبل أو قيد التشخيص إلا إذا تم قبولها من قبل شركة بوبا العربية خطياً.

أتعهد/نتعهد القيام بعملية إفصاح مماثل مستقبلاً على الأعضاء الذين سيتم إضافتهم خلال مدة سريان العقد أو عند التجديد حيث أن جميع نماذج الإفصاح القديمة والحديثة تعتبر جزء لا يتجزأ من العقد الحالي والعقود المستقبلية.

أقر بأني قد قرأت وفهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم إشارتي أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعد بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه وعلى هذا أوقع.

التوقيع:

التوقيع:

التاريخ: