

استمارة حصر بيانات المتكافل

الجهة:

الصورة

الباقة المختارة: VIP A B

اسم العضو:

تاريخ الميلاد:/...../..... رقم الهاتف:

النوع: ذكر انثى تغطية امراض النساء والتوليد: نعم لا

هل تعاني من امراض مزمنة؟ نعم لا / حدد:

هل لديك عملية مقررة؟ نعم لا / حدد:

افراد الكفالة () :

الصورة

الاسم:

صلة القرابة: تاريخ الميلاد:/...../.....

النوع: ذكر ، انثى تغطية امراض النساء والتوليد: نعم لا

هل تعاني من امراض مزمنة؟ نعم لا / حدد:

هل لديك عملية مقررة؟ نعم لا / حدد:

افراد الكفالة () :

الصورة

الاسم:

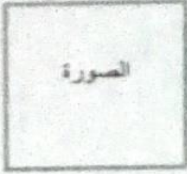
صلة القرابة: تاريخ الميلاد:/...../.....

النوع: ذكر ، انثى تغطية امراض النساء والتوليد: نعم لا

هل تعاني من امراض مزمنة؟ نعم لا / حدد:

هل لديك عملية مقررة؟ نعم لا / حدد:

افراد الكفالة () :



الصورة

.....: الاسم

.....: صلة القرابة: تاريخ الميلاد: / /

النوع: ذكر ، انثى تغطية امراض النساء والتوليد: نعم لا

هل تعاني من امراض مزمنة؟ نعم لا / حدد:

هل لديك عملية مقررة؟ نعم لا / حدد:

افراد الكفالة () :



الصورة

.....: الاسم

.....: صلة القرابة: تاريخ الميلاد: / /

النوع: ذكر ، انثى تغطية امراض النساء والتوليد: نعم لا

هل تعاني من امراض مزمنة؟ نعم لا / حدد:

هل لديك عملية مقررة؟ نعم لا / حدد:

افراد الكفالة () :



الصورة

.....: الاسم

.....: صلة القرابة: تاريخ الميلاد: / /

النوع: ذكر ، انثى تغطية امراض النساء والتوليد: نعم لا

هل تعاني من امراض مزمنة؟ نعم لا / حدد:

هل لديك عملية مقررة؟ نعم لا / حدد:

افراد الكفالة () :



الصورة

.....: الاسم

.....: صلة القرابة: تاريخ الميلاد: / /

النوع: ذكر ، انثى تغطية امراض النساء والتوليد: نعم لا

هل تعاني من امراض مزمنة؟ نعم لا / حدد:

هل لديك عملية مقررة؟ نعم لا / حدد:

اقر انا الموقع ادناه بان البيانات اعلاه صحيحة ومكتملة ووافق بان احرم من حقى فى التأمين الطبى بموجب هذه الوثيقة
او اى من الافراد المذكورين اعلاه اذا ثبت عدم صحة البيانات اعلاه .

الاسم _____ التوقيع _____ التاريخ / /