

الشركة الإماراتية الأردنية لإدارة النفقات و الخدمات التأمينية الطبية

SCOPE

إستبيان خاص بمشتركي التأمين الصحي
Subscriber's Healthcare Information



Scope
Health Insurance
Management Co.

Class Status :

VIP

A

B

C

درجة التأمين :

تاريخ الإشتراك الأول : / /

Personal Data:

إسم الشركة المتعاقد :
المعلومات الشخصية للموظف:

First Name :

الإسم الأول:

Father Name :

إسم الأب :

Grand Father Name :

إسم الجد :

Family Name :

إسم العائلة :

Date Of Birth: / /

Sex: Male Female

National ID:

تاريخ الميلاد : / /
الجنس : ذكر أنثى
الرقم الوطني (من 10 خانات) :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Marital Status:

- Single
 Married Since (.....)
 Separated Since (.....)
 Widowed Since (.....)
 Divorced Since (.....)

الحالة الإجتماعية :

- أعزب
 متزوج منذ (.....)
 منقصل منذ (.....)
 أرمل منذ (.....)
 مطلق منذ (.....)

Location :

عنوان السكن :
اسم المدينة city - اسم المنطقة او الحي Area - اسم العمارة Building Name - اسم ورقم الشارع Street Name & No.

.....
.....
.....

هاتف المنزل (Home Phone):

الهاتف النقال (Mobile):

The Dependents المتفعمون

الرجاء تعبئة أسماء المعالين و المشمولين في نظام التأمين الصحي، وفي حالة زيادة عدد المشمولين الرجاء تكملة باقي أسماء المعالين على ورقة استبيان أخرى.

اسم المتفعم Insured Name	الجنس Sex	تاريخ الميلاد Date Of Birth	الرقم الوطني من عشر خانات National ID
إسم الزوجة أو الزوج قبل الزواج			
الإبن الأول			
الإبن الثاني			
الإبن الثالث			
الإبن الرابع			
الإبن الخامس			

الرجاء في حالة كون الأبناء مشمولين بموجب نظام التأمين الصحي تعبئة الجدول التالي:

الرقم الوطني من عشر خانات National ID	تاريخ الميلاد Date Of Birth	الجنس sex	إسم المتفعل Insured Name
			إسم الأب
			إسم الأم

الرجاء في حالة وجود أية معلومات طبية تتعلق بأي من المتفعلين تعبئتها حسب الجدول التالية:

معلومات طبية Medical Information

إعاقه جسديه/Handicapped
إعاقه عقلية/Mentally Retarded

أعمى/Blind
صم/Deaf

أبكم/Mute
أخرى/Other

تاريخ ظهور الإعاقه	نوع الإعاقه (حسب التصنيف في الأعلى)	إسم المتفعل Insured Name	تاريخ ظهور الإعاقه	نوع الإعاقه (حسب التصنيف في الأعلى)	إسم المتفعل Insured Name
			3		
			4		

1. Allergies / حساسيات

الوضع الحالي Status	تاريخ ظهور الحالة Start Date	نوع الحساسية Description	إسم المتفعل Insured Name
			1
			2
			3
			4

2. Chronic Diseases / أمراض مزمنة

الوضع الحالي Status	تاريخ نشوء المرض Start Date	إسم المرض Disease	إسم المتفعل Insured Name
			1
			2
			3
			4
			5

3. Current Medications / أدوية تتناولها حالياً

الوضع الحالي Status	تاريخ بدء العلاج	الجرعة Dose	إسم المرض Medicine Name	إسم المتفعل Insured Name
				1
				2
				3
				4
				5
				6
				7

4. Previous Surgical Procedures / عمليات جراحية أجريت سابقاً

تاريخ إجراء العملية Date	إسم العملية Surgery Name	إسم المتفعل Insured Name
		1
		2
		3
		4
		5
		6
		7

أقر بأن جميع المعلومات المذكورة في هذا النموذج صحيحة و المرض الشركة أو من يتوب عنها بالإطلاع على أي معلومات طبية لدى الجهات الطبية التي يتم التعامل معها
مصادقة الشركة المتعاقدة على صحة المعلومات أعلاه
التوقيع: / /
Signature

اطلعت على كافة التعليمات والاستثناءات والتغطيات المشمولة في العقد