

طلب إشتراك التغطية الطبية (الفردية/العائلية)

التاريخ :/...../20م

الفترة التعاقدية: من/...../20م إلى/...../20م.

معلومات شخصية للمتعاقد:

- 1) الإسم رباعى :
- 2) نوع مستند إثبات الشخصية (يرجى إرفاق صورة) الرقم القومي جواز سفر
- 3) رقم مستند إثبات الشخصية (الرقم القومي) :
- 4) الوظيفة/المهنة:
- 5) عنوان جهة العمل:
- 6) تليفون جهة العمل/...../.....
- 7) رقم المحمول/...../.....
- 8) البريد الإلكتروني :
- 9) عنوان المنزل :
- 10) تليفون المنزل:

تفاصيل الطلب

الوضع العائلي للمشارك أعزب متزوج مطلق أرمل

يرجى التأكد من إضافة أسماء جميع أفراد العائلة المشتركين:

أفراد العائلة	الإسم	الجنسية	تاريخ الميلاد	الجنس	الطول	الوزن	مدخن؟	المهنة
المشارك								
الزوج/الزوجة								
ابن / ابنة								
ابن / ابنة								
ابن / ابنة								
ابن / ابنة								

❖ إذا سبق لأحد الأشخاص المدرجة أسماؤهم على هذا الطلب أن أصيب أو عولج أو خضع لعملية جراحية بسبب أي

مرض من الأمراض التالية أدناه، الرجاء الإشارة إليها في الخانة المخصصة للحالة الصحية.

- يتم إستثناء جميع الحالات المرضية الناتجة عن أمراض سابقة عن التعاقد من وثيقة التكافل الطبية

- 1) أمراض القلب والشرابين (الضغط، شرايين القلب، عضل القلب، كهربا القلب، جلطة في الدماغ،... إلخ) نعم لا
- 2) أمراض الجهاز التنفسي ماعدا السرطان (الربو، إنسداد القصبات الهوائية، تشميع الرئة، أمراض أخرى) نعم لا
- 3) أمراض الجهاز الهضمي ماعدا السرطان (كرون، التهاب الأمعاء، جيوب في الأمعاء، أمراض المرارة،... إلخ) نعم لا
- 4) أمراض الكلى والمسالك البولية ماعدا السرطان (حصوة، التهاب، قصور، تكيس) نعم لا
- 5) أمراض العظام أو الأطراف المزروعة ماعدا السرطان نعم لا
- 6) أمراض الجهاز العصبي ماعدا السرطان (شلل الأطفال، انهيار عصبي، تليف لويحي، داء النقطة) نعم لا
- 7) السكري أو أمراض الغدد ماعدا السرطان نعم لا
- 8) أمراض الأذن، الأنف، الحنجرة، العين ماعدا السرطان نعم لا
- 9) أمراض الدم ماعدا الأمراض الخبيثة (فقر الدم) نعم لا
- 10) الأمراض الخبيثة (أورام خبيثة خبيثة وأمراض خبيثة في الدم) نعم لا
- 11) الأمراض المنتقلة جنسياً ومرض أو فيروس السيدا نعم لا
- 12) أمراض أخرى، حوادث أو عمليات أو مناظير أو فحوصات تشخيصية سابقة أو مستقبلية على علم مسبق بها نعم لا
- 13) هل تتناول أي دواء أو تتابع أي علاج؟ نعم لا
- 14) للسيدات: هل أنتي حامل في الوقت الحاضر؟ نعم لا
- 15) الأمراض والعيوب الخلقية نعم لا
- 16) أمراض نفسية (اكتئاب، توتر) نعم لا
- 17) هل تعاني من أعراض متعلقة بالأمراض المذكورة أعلاه؟ (أوجاع ظهر، أوجاع صدر، أوجاع مفاصل) نعم لا

إذا كانت الإجابة بنعم لأي من الأسئلة المدرجة في الصفحة السابقة، الرجاء الإدلاء بالمعلومات الكاملة، بتحديد رقم

المرض الذي عولجت منه كما هو مرقم مع كافة التفاصيل فيما يلي:

الإسم	رقم السؤال	التشخيص	العلاج	التاريخ	إسم الطبيب أو المستشفى

❖ الاستثنائات العامة

- 1 علاج وفحوصات الاضطرابات الهرمونية .
- 2 الاصابة بالاعيرة النارية .
- 3 الاصابات الناتجة عن عض الحيوانات والاصابات الرياضية .
- 4 الاجراءات الطبية المستحدثة والتي لم يتم التعاقد عليها مع مقدمي الخدمة.
- 5 العلاج بحقن الانترفيرون وعقا ال D.B.D ومشتقاتهم وبدائله .
- 6 زرع الاعضاء وزرع النخاع وزرع القرنية.
- 7 العيوب الخلقية أو التشوهات والامراض والحالات الوراثية.
- 8 الامراض الجنسية المعدية وأمراض جهاز المناعة بجميع أنواعها والايذ.
- 9 السكتة الدماغية المستمرة.
- 10 التهاب الكبد الوبائي بأنواعه وحالات الفشل الكلوي (الغسيل الدموي والبريتوني وجميع الأدوية المتعلقة بالفشل الكلوي).
- 11 الفحص الطبي العام واختبارات الصحة العامة وفحوص ما قبل الزواج وما قبل التعيين واختبارات النوم والذكاء .
- 12 عمل جلسات العلاج الطبيعي أو اجراء التحاليل والأشعات داخل المستشفيات ما لم تكن لازمة للعمل أثناء اقامته داخل المستشفى بغرض اجراء عملية جراحية والاستشفاء والنقاهاة .
- 13 الأمراض العصبية مثل(الشلل الرعاش والصرع)والأمراض النفسية والعقلية والشرائح والمسامير والمستلزمات الخاصة وتغير مفاصل .
- 14 علاج الادمان أو الاصابات التي تنشأ عن أعمال غير قانونية والتي يقوم بها المؤمن عليه مثل المشاجرات.
- 15 علاج الامراض الجنسية والعقم والضعف الجنسي وأدوية الخصوبة والتلقيح الصناعي ووسائل منع الحمل (والمضاعفات الناتجة عنها) والتكاليف المتعلقة بعملية الختان والتكاليف الخاصة بعلاج الطفل المبتسرين وحضانات الاطفال .
- 16 التطعيمات أو أية تكاليف خاصة بالأمصال أو اللقاحات والأدوية علي سبيل الوقاية أو الادوية (التجريبية).
- 17 عدم التوافق العضلي العصبي والشلل وما يرتبط بهما من اجراءات علاجية.
- 18 علاج السمنة أو النحافة والتكاليف الخاصة بعمليات تغير الجنس وعلاج عيوب النطق وجلسات التخاطب والتجميل ما لم تكن نتيجة لاصابة جسدية نشأت عن حادث مغطى بالعقد وقع للمؤمن عليه أثناء سريان الوثيقة.
- 19 علاج وفحوصات هشاشة العظام.
- 20 العلاج بالليزر والعلاج بالطرق غير التقليدية - مثل العلاج بالأعشاب والعلاج بالأوزون أو العلاج بالأكسجين أو الإبر الصينية أو العلاج باليد أو العلاج بالراحة الخ) .
- 21 علاج الاصابات الناتجة عن الشخص نفسه أو الانتحار.
- 22 علاج أمراض الشيخوخة الزهايمر ، سلس البول ، التبول اللاارادي الخ .
- 23 العدسات اللاصقة والمحاليل الخاصة بها.
- 24 علاج الاصابات أو الامراض التي تحدث أثناء الخدمة العسكرية أو الاضطرابات الداخلية وحوادث الشغب والثورات الشعبية.
- 25 العلاج بالهرمونات والمنشطات ، والادوية المستوردة التي لها بديل مصرى ، الفيتامينات عالية التركيز وأدوية حب الشباب والصلع وسقوط الشعر .
- 26 اصلاح عيوب البصر وعمليات تشريط القرنية وعمليات الليزك أو استخدام الليزر لتصحيح النظر.
- 27 تركيبات وتقويم أو تلميع الأسنان.
- 28 الأجهزة التعويضية بأنواعها أو المساعدة ومساعدات السمع وأقلام حقن الأنسولين وغياراته وشرائط تحليل السكر.
- 29 التكاليف غير الطبية مثل النفقات الخاصة بالتليفون أو الكافيتريات الخ.
- 30 علاج الأمراض أو الاصابات الناتجة عن طريق أحد الأخطار النووية أو التعرض للتفاعلات والاشعاعات النووية .
- 31 جميع التكاليف التي تزيد عن الحد الأقصى للوثيقة والمستلزمات الغير طبية " الحفاضات الخ.
- 32 الرقبة والجبانر البلاستيك وأحذية القدم المفلطح والكراسي والعمار الخ .
- 33 استخدام المناظير الجراحية والتشخيصية .
- 34 استخدام الليزر أو التردد الحرارى في استئصال اللوزتين وعلاج الشخير والعمليات الغير تقليدية مثل (الزائدة الدودية بالمنظار .
- 35 علاج الأمراض الناتجة عن الاوبئة الجرثومية والميكروبية والفيروسية مثل الجمرا الخبيثة والكوليرا والطاعون والالتهاب الرئوي .
- 36 علاج الأمراض الجلدية غير القابلة للشفاء مثل البهاق ، الثنبا الملوثة ، الثعلبة الخ.

Table of Benefits without Co-Payment

Benefits	Category 1	Category 2	Category 3	المزايا
Annual Maximum Limit per member per year	150.000	100.000	50.000	حدود التغطية الإجمالية عن كل فرد بالسنة
Territorial Limit	داخل جمهورية مصر العربية Inside Egypt			النطاق الجغرافي
Network Type	A+	A (limited)	B	نوع الشبكة
Access Type	Direct	Direct	Direct	طريقة الحصول على الخدمة
خدمات المستشفيات Inpatient Benefits				
Limit	الحد الأقصى للتغطية Maximum Annual Limit			حدود التغطية
Hospital accommodation	غرفة مفردة Single Room	غرفة مفردة Single Room	غرفة مزدوجة Double Room	الإقامة بالمستشفيات
Surgeons, Anesthetists and Nursing fees	تغطية كاملة Full Cover			أجر الجراحين وأطباء التخدير والتمريض
Medication	تغطية كاملة Full Cover			الادوية
Intensive Care	تغطية كاملة Full Cover			العناية المركزة
Surgical Appliances	تغطية كاملة Full Cover			مستلزمات الجراحة
Surgical operating theatre	تغطية كاملة Full Cover			فتح غرفة العمليات
Second Medical Opinion	تغطية كاملة Full Cover			الرأي الطبي الثاني
Physiotherapy	تغطية كاملة Full Cover			العلاج الطبيعي
Scans	تغطية كاملة Full Cover			الاشعاع
Laboratory tests	تغطية كاملة Full Cover			التحاليل
Ambulance(In case of Emergency)	تغطية كاملة Full Cover			سيارة اسعاف (في حالات الطوارئ)
خدمات العيادات الخارجية Outpatient benefits				
Limit	تغطية كاملة Full Cover	تغطية كاملة Full Cover	تغطية كاملة Full Cover	حدود التغطية
Consultation Fees	تغطية كاملة Full Cover	تغطية كاملة Full Cover	تغطية كاملة Full Cover	الكشف الطبي
Scans	تغطية كاملة Full Cover	تغطية كاملة Full Cover	تغطية كاملة Full Cover	الاشعاع
Laboratory tests	تغطية كاملة Full Cover	تغطية كاملة Full Cover	تغطية كاملة Full Cover	التحاليل
Medication	نسبة تحمل 10 % 10 % Co-Pay	نسبة تحمل 20 % 20 % Co-Pay	نسبة تحمل 30 % 30 % Co-Pay	الادوية

Second Medical Opinion	تغطية كاملة Full Cover	تغطية كاملة Full Cover	تغطية كاملة Full Cover	الرأي الطبي الثاني
Day Care Treatment & Surgery	تغطية كاملة Full Cover	تغطية كاملة Full Cover	تغطية كاملة Full Cover	علاجات وجراحات اليوم الواحد
Physiotherapy	تغطية كاملة Full Cover	تغطية كاملة Full Cover	تغطية كاملة Full Cover	العلاج الطبيعي
خدمات الاسنان Dental Benefit				
Limit	900 EGP	600 EGP	300 EGP	حدود التغطية
Consultation fees	لحدود تغطية الاسنان Up to dental limit			الكشف الطبي
Simple Extractions	لحدود تغطية الاسنان Up to dental limit			الخلع العادي
Surgical Extraction	لحدود تغطية الاسنان Up to dental limit			الخلع الجراحي
Dental Filing	لحدود تغطية الاسنان Up to dental limit			حشوات الاسنان العادية
Gum Treatment	لحدود تغطية الاسنان Up to dental limit			علاج اللثة
Examination, X-ray	لحدود تغطية الاسنان Up to dental limit			الاشعات
خدمات النظارات Optical Benefit				
Limit	EGP 600	EGP 400	EGP 200	حدود التغطية
Vision tests	لحدود تغطية النظارات Up to optical limit			كشف نظر
Optical glasses once every two years				نظارات طبية مرة واحدة كل سنتين
خدمات الحمل و الولادة Maternity benefit				
Limit	يتم تغطية عمليات الحمل والولادة بعد مرور 18 شهر من التعاقد			حدود التغطية
Normal delivery	5000 EGP	3000 EGP	1500 EGP	الولادة الطبيعية
Caesarean delivery	6000 EGP	4000 EGP	2000 EGP	الولادة القيصرية
خدمات اخرى Other Benefits				
Chronic Cases	يتم تغطية الامراض المزمنة بعد مرور 18 شهر من التعاقد			الحالات المزمنة
Critical cases	يتم تغطية الحالات الحرجة بعد مرور 24 شهر من بداية التعاقد			الحالات الحرجة
Pre-existing	يتم تغطية الحالات السابقة عن التعاقد بعد مرور 15 شهر من التعاقد			السابق عن التعاقد
العرض المالي Commercial Offer				
Payment Terms	قسط سنوي one Payment			طريقة الدفع
3 months – 18 years	EGP 4600	EGP 2870	EGP 1810	3 شهور – 18 سنة
19 years – 30 years	EGP 5350	EGP 3615	EGP 2450	19 سنة – 30 سنة

31 years – 40 years	EGP 6010	EGP 4370	EGP 3210	31 سنة – 40 سنة
41 years – 50 years	EGP 8450	EGP 5030	EGP 3950	41 سنة – 50 سنة
51 years – 60 years	EGP 11760	EGP 7465	EGP 4620	51 سنة – 60 سنة
61 years – 70 years	EGP 16730	EGP 10355	EGP 7050	61 سنة – 70 سنة
Extra benefits	<ul style="list-style-type: none"> تغطية خدمات الكورونا Covid 19 تحاليل وفحوصات في معامل تحاليل ومراكز الأشعة التابعة لنا وتم التعاقد معها على اجرائات الكورونا - التحاليل (- ESR - CRP - LDH - CBC - FERRITIN - SGPT - D.DIMER) - الأشعة (X-RAY) 			العرض شامل
Management Fees	<ul style="list-style-type: none"> يضاف 175 ج.م مصاريف إدارية ومصاريف إصدار كارنية الرعاية الطبية والكُتيب والضرائب والدمغات. يضاف 75 ج.م مصاريف الشحن. 			مصروفات التعاقد
Notes	<ul style="list-style-type: none"> لا يسمح بدخول مجموعة كليبواترا لبرنامج الـ 100.000 التغطية السنوية إتاحة كارت الخصومات (Omega Plus) بسعر 100 ج.م للكارت الواحد مع كارت التأمين الفردى بدلاً من 250 ج.م. 			ملحوظة

○ 150.000 ceiling □

100.000 ceiling □

50.000 ceiling □

Table of Benefits with Co-Payment

Benefits	Category 4	Category 5	Category 6	المزايا
Annual Maximum Limit per member per year	150.000	100.000	50.000	حدود التغطية الإجمالية عن كل فرد بالسنة
Territorial Limit	داخل جمهورية مصر العربية Inside Egypt			النطاق الجغرافي
Network Type	A+	A (limited)	B	نوع الشبكة
Access Type	Direct	Direct	Direct	طريقة الحصول علي الخدمة
خدمات المستشفيات Inpatient Benefits				
Limit	الحد الأقصى للتغطية Maximum Annual Limit			حدود التغطية
Hospital accommodation	غرفة مفردة Single Room	غرفة مفردة Single Room	غرفة مزدوجة Double Room	الإقامة بالمستشفيات
Surgeons, Anesthetists and Nursing fees	تغطية كاملة Full Cover			أجر الجراحين وأطباء التخدير والتمريض
Medication	تغطية كاملة Full Cover			الادوية
Intensive Care	تغطية كاملة Full Cover			العناية المركزة
Surgical Appliances	تغطية كاملة Full Cover			مستلزمات الجراحة
Surgical operating theatre	تغطية كاملة Full Cover			فتح غرفة العمليات

Second Medical Opinion	تغطية كاملة Full Cover			الرأي الطبي الثاني
Physiotherapy	تغطية كاملة Full Cover			العلاج الطبيعي
Scans	تغطية كاملة Full Cover			الاشعاع
Laboratory tests	تغطية كاملة Full Cover			التحاليل
Ambulance(In case of Emergency)	تغطية كاملة Full Cover			سيارة اسعاف (في حالات الطوارئ)
خدمات العيادات الخارجية Outpatient benefits				
Limit	تغطية كاملة Full Cover	تغطية كاملة Full Cover	تغطية كاملة Full Cover	حدود التغطية
Consultation Fees	نسبة تحمل 10 % 10 % Co-Pay	نسبة تحمل 20 % 20 % Co-Pay	نسبة تحمل 30 % 30 % Co-Pay	الكشف الطبي
Scans	نسبة تحمل 10 % 10 % Co-Pay	نسبة تحمل 20 % 20 % Co-Pay	نسبة تحمل 30 % 30 % Co-Pay	الاشعاع
Laboratory tests	نسبة تحمل 10 % 10 % Co-Pay	نسبة تحمل 20 % 20 % Co-Pay	نسبة تحمل 30 % 30 % Co-Pay	التحاليل
Medication	نسبة تحمل 10 % 10 % Co-Pay	نسبة تحمل 20 % 20 % Co-Pay	نسبة تحمل 30 % 30 % Co-Pay	الادوية
Second Medical Opinion	نسبة تحمل 10 % 10 % Co-Pay	نسبة تحمل 20 % 20 % Co-Pay	نسبة تحمل 30 % 30 % Co-Pay	الرأي الطبي الثاني
Day Care Treatment & Surgery	نسبة تحمل 10 % 10 % Co-Pay	نسبة تحمل 20 % 20 % Co-Pay	نسبة تحمل 30 % 30 % Co-Pay	علاجات وجراحات اليوم الواحد
Physiotherapy	نسبة تحمل 10 % 10 % Co-Pay	نسبة تحمل 20 % 20 % Co-Pay	نسبة تحمل 30 % 30 % Co-Pay	العلاج الطبيعي
خدمات الاسنان Dental Benefit				
Limit	900 EGP	600 EGP	300 EGP	حدود التغطية
Consultation fees	لحدود تغطية الاسنان Up to dental limit			الكشف الطبي
Simple Extractions	لحدود تغطية الاسنان Up to dental limit			الخلع العادي
Surgical Extraction	لحدود تغطية الاسنان Up to dental limit			الخلع الجراحي
Dental Filing	لحدود تغطية الاسنان Up to dental limit			حشوات الاسنان العادية
Gum Treatment	لحدود تغطية الاسنان Up to dental limit			علاج اللثة
Examination, X-ray	لحدود تغطية الاسنان Up to dental limit			الاشعاع
خدمات النظارات Optical Benefit				
Limit	EGP 600	EGP 400	EGP 200	حدود التغطية
Vision tests	لحدود تغطية النظارات Up to optical limit			كشف نظر
Optical glasses once every two years				نظارات طبية مرة واحدة كل سنتين

خدمات الحمل و الولادة Maternity benefit				
Limit	يتم تغطية عمليات الحمل والولادة بعد مرور 18 شهر من التعاقد			حدود التغطية
Normal delivery	5000 EGP	3000 EGP	1500 EGP	الولادة الطبيعية
Caesarean delivery	6000 EGP	4000 EGP	2000 EGP	الولادة القيصرية
خدمات اخرى Other Benefits				
Chronic Cases	يتم تغطية الامراض المزمنة بعد مرور 18 شهر من التعاقد			الحالات المزمنة
Critical cases	يتم تغطية الحالات الحرجة بعد مرور 24 شهر من بداية التعاقد			الحالات الحرجة
Pre-existing	يتم تغطية الحالات السابقة عن التعاقد بعد مرور 15 شهر من التعاقد			السابق عن التعاقد
العرض المالي Commercial Offer				
Payment Terms	قسط سنوي one Payment			طريقة الدفع
3 months – 18 years	EGP 3280	EGP 2050	EGP 1290	3 شهور – 18 سنة
19 years – 30 years	EGP 3820	EGP 2580	EGP 1750	19 سنة – 30 سنة
31 years – 40 years	EGP 4290	EGP 3120	EGP 2290	31 سنة – 40 سنة
41 years – 50 years	EGP 6030	EGP 3590	EGP 2820	41 سنة – 50 سنة
51 years – 60 years	EGP 8395	EGP 5330	EGP 3290	51 سنة – 60 سنة
61 years – 70 years	EGP 11945	EGP 7395	EGP 5030	61 سنة – 70 سنة
Extra benefits	<ul style="list-style-type: none"> تغطية خدمات الكرونة Covid 19 تحاليل وفحوصات في معامل تحاليل ومراكز الاشعة التابعة لنا وتم التعاقد معها على اجراءات الكرونة - التحاليل (- ESR - CRP - LDH - CBC - FERRITIN - SGPT - D.DIMER) - الأشعة (X-RAY) 			العرض شامل
Management Fees	<ul style="list-style-type: none"> يضاف 175 ج.م مصاريف إدارية ومصاريف إصدار كارنية الرعاية الطبية والكُتيب والضرائب والدمغات. يضاف 75 ج.م مصاريف الشحن. 			مصروفات التعاقد
Notes	<ul style="list-style-type: none"> لا يسمح بدخول مجموعة كليوباترا لبرنامج الـ 100.000 التغطية السنوية إتاحة كارت الخصومات (Omega Plus) بسعر 100 ج.م للكارت الواحد مع كارت التأمين الفردي بدلاً من 250 ج.م. 			ملحوظة

○ 150.000 ceiling □

100.000 ceiling □

50.000 ceiling □

تغطية العلاج الشهري من أول يوم تعاقد Chronic medication from one day		
Golden Category	يتم تغطية العلاج الشهري بحد أقصى 750 ج.م شهريا مقابل اشتراك 7500 ج.م للفرد سنويا	البرنامج الذهبي
Silver Category	يتم تغطية العلاج الشهري بحد أقصى 500 ج.م شهريا مقابل اشتراك 5000 ج.م للفرد سنويا	البرنامج الفضي
Bronze Category	يتم تغطية العلاج الشهري بحد أقصى 250 ج.م شهريا مقابل اشتراك 2500 ج.م للفرد سنويا	البرنامج البرونزي

▪ Golden □ Silver □ Bronze □

❖ طرق السداد

- العملة
- معدل تسديد الإشتراكات
- طريقة تسديد الإشتراكات
- الجنيه المصري □
- سنوي □
- نقداً □
- بطاقة إنتمان □
- الدولار الأمريكي □

❖ إقرار وتفويض

- أقر أنا الموقع أن المعلومات المذكورة في الطلب كاملة ومطابقة للواقع وتحت مسنوليتي وتعتبر جزءاً لا يتجزأ من الوثيقة الطبية, كما أؤكد أنني أدليت بكافة الحقائق والظروف والمعلومات المتعلقة بهذا الطلب وأني لم أقم بإخفاء أي معلومات من شأنها التأثير على قرار الشركة بقبول هذا الطلب, وإذا تبين عدم صحة أي من البيانات أو الإقرارات المذكورة تبطل هذه الوثيقة منذ تاريخ سريانها في هذا الشأن أحكام التصريح الخاطئ والتكتم الواردة في وثيقة التكافل.
- إنه إذا حدث أي تغيير أو تعديل في البيانات أو الإقرارات المذكورة في هذا الطلب خلال الفترة بين تقديم هذا الطلب إلى " " وحتى قيامها بالبت بشأته, فإنني أتعهد بإخطار الشركة كتابياً بهذا التغيير في حينه وإذا لم أقم بذلك وتبين في وقت لاحق أن البيانات والإقرارات التي أدليت بها بموجب هذا الطلب أو أية مستندات أخرى غير صحيحة, تطبق أحكام التصريح والتكتم الواردة في وثيقة التكافل الطبية.
- وأصرح بأنني قد اطلعت على أحكام الوثيقة وشروطها وإستثنائاتها العامة, وبناءً عليه أطلب الإستفادة من برنامج التأمين التكافلي الطبي لي ولأفراد عائلتي المحددين والمذكورين أعلاه.

- إن هذا التصريح مطلق غير قابل للرجوع عنه, وتم توقيعه في/...../20.....م على نسخة أصلية واحدة.

- إسم المشترك توقيع المشترك التاريخ/...../20.....م.

- إسم وكيل الشركة توقيع الوكيل التاريخ/...../20.....م.