



شركة التأمين الإسلامية المحدودة (سودان)

أدارة التأمين الطبي وتأمين السفر

إستمارة حصر عائلة المستشار

اسم الجهة:- وزارة العدل

A

فئة المستشار التأمينية

نوع الطلب: اشترك جديد اضافة منتفع

يملاً هذا المربع بواسطة المستشار ويعتمد بواسطة وزارة العدل

1 - اسم المستشار رباعي: _____ تاريخ الميلاد: ____/____/____ م

الحالة الاجتماعية: اعزب متزوج ارمل مطلق لا

2 - الوالدين في الكفالة: نعم لا

اسم الوالدة رباعي: _____ تاريخ الميلاد: ____/____/____ م

اسم الوالد رباعي: _____ تاريخ الميلاد: ____/____/____ م

3 - الزوجات / الزوج:

- اسم الزوجة الاولى رباعي: _____ تاريخ الميلاد: ____/____/____ م

- اسم الزوجة الثانية رباعي: _____ تاريخ الميلاد: ____/____/____ م

- اسم الزوجة الثالثة رباعي: _____ تاريخ الميلاد: ____/____/____ م

- اسم الزوجة الرابعة رباعي: _____ تاريخ الميلاد: ____/____/____ م

4 - الابناء في الكفالة:

1 - الاسم: _____ النوع: _____ تاريخ الميلاد: ____/____/____ م

2 - الاسم: _____ النوع: _____ تاريخ الميلاد: ____/____/____ م

3 - الاسم: _____ النوع: _____ تاريخ الميلاد: ____/____/____ م

4 - الاسم: _____ النوع: _____ تاريخ الميلاد: ____/____/____ م

5 - الاسم: _____ النوع: _____ تاريخ الميلاد: ____/____/____ م

6 - الاسم: _____ النوع: _____ تاريخ الميلاد: ____/____/____ م

7 - الاسم: _____ النوع: _____ تاريخ الميلاد: ____/____/____ م

8 - الاسم: _____ النوع: _____ تاريخ الميلاد: ____/____/____ م

9 - الاسم: _____ النوع: _____ تاريخ الميلاد: ____/____/____ م

10 - الاسم: _____ النوع: _____ تاريخ الميلاد: ____/____/____ م

هل هنالك شخص في الاسرة لم يطلب تأمينه مع ذكر السبب اذا وجد؟

هل هنالك اي نوع من انواع العمليات (كالولادة بنوعها او اي عملية جراحية باردة متوقعة)؟ نعم لا / اذا كانت الاجابة بنعم

حدد نوع العملية والتاريخ المتوقع

هل يعاني احد المذكورين اعلاه من اي مرض مزمن كالضغط او السكري او الازمه؟ نعم لا / اذا كانت الاجابة بنعم يرجع

التوضيح ادناه:

الاسم	نوع المرض	تاريخ الاصابة	نوع العلاج

اقر انا _____ بان البيانات الموضحة بهذا الطلب صحيحة ومكتملة ووافق بان احرم اي حقوق بموجب هذه

الوثيقة إذا ثبت عدم صحة واكتمال البيانات اعلاه . التوقيع: _____

اعتماد إدارة المؤسسة:

اسم المسؤول: _____

توقيع المسؤول:

ختم المؤسسة

تاريخ الاصدار 2016/6/1

رقم الاصدار 1/0

رمز النموذج IIC.MD.7