



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 بنوعيتها 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