



2026/2025

استمارة طلب تأمين صحي

Medical Insurance Application Form

2026 / 2025

اسم رب الأسرة / المستفيد : تاريخ الميلاد :  
الرقم الوظيفي : الرقم المدني : الجنس :  
العنوان : رقم الهاتف :  
اسم الزوج / الزوجة : تاريخ الميلاد :  
الرقم المدني : الجنس :

الاطفال

| م | الاسم | الجنس | تاريخ الميلاد | الرقم المدني | تأمين سابق | رمز وثيقة | سعر وثيقة |
|---|-------|-------|---------------|--------------|------------|-----------|-----------|
|   |       |       |               |              | نعم        | لا        |           |
| 1 |       |       |               |              |            |           |           |
| 2 |       |       |               |              |            |           |           |
| 3 |       |       |               |              |            |           |           |
| 4 |       |       |               |              |            |           |           |
| 5 |       |       |               |              |            |           |           |
| 6 |       |       |               |              |            |           |           |
| 7 |       |       |               |              |            |           |           |
| 8 |       |       |               |              |            |           |           |

هل لديك وثيقة تأمين حاليه : نعم ( ) لا ( )

في حالة الاجابة بنعم : اسم شركة التأمين : رقم الوثيقة :

صادره باسم : تاريخ الانتهاء : (إرفاق نسخته عن بطاقة التأمين السابقة)

اقر انا الموقع ادناه بصفتي الشخصية ونيابةً عن أفراد أسرتي المذكورين أعلاه وتحت مسؤوليتي، بأن جميع البيانات المذكورة في هذا الطلب دقيقة / صحيحة / كامله وحديثه .. كما اتحمل كامل المسؤولية القانونية والمالية والأدبية حال عدم صحة البيانات كلها أو جزء منها بما في ذلك الغاء طلب الوثيقة بعد اصدارها دون الرجوع على إدارة الصندوق او شركة التأمين بأي مطالبات أيا كان نوعها. كما اخلى طرف إدارة صندوق الضمان الاجتماعي للعاملين بجامعة الكويت من اية مسؤولية / التزامات ناشئة عن هذا الطلب / الوثيقة.

اسم مقدم الطلب :

التاريخ :

التوقيع :

2026/2025

## برنامج الضمان للتأمين الصحي للعام 2026/2025

### (إجراءات التسجيل – الأسعار وطريقة السداد)

#### (الشروط والأحكام)

- طريقة التسجيل: تعبئة طلب الخدمة مع إرفاق المستندات المطلوبة والمقدم (نقدًا) وتقديمها إلى إدارة الصندوق.
- المستندات المطلوبة:

- طلب الخدمة معبأ يدويًا وموقع عليه.
- في حالة ارسال الطلب و مرفقاته في البريد، يعتمد من مركز العمل .
- نسخه عن البطاقة المدنية لمقدم الطلب ومرافقيه.
- نسخه عن بطاقة /بطاقات التأمين الصحي السابقة (في حالة وجود تأمين صحي سابق).
- المقدم المطلوب /قيمة الوثيقة (نقدًا).

#### جدول أسعار وثائق التأمين السنوية للشخص (حسب الجدول المرفق).

○ الأسعار قابلة للزيادة في حال عدم اكتمال العدد المطلوب.

- طريقة السداد: نقدًا / تقسيط لمدة 10 شهور (الخدمة مخصصة للأعضاء الذين مضى على عضويتهم ستة شهور وأكثر).

#### (الشروط والأحكام)

- الخدمة مقدمة لأعضاء الصندوق وأفراد أسرهم (الزوج/الزوجة والأبناء) ويجوز لباقي موظفي الجامعة الاستفادة من هذا البرنامج.
- مدة الوثيقة: سنة ميلادية تبدأ من تاريخ سريان الوثيقة في 2025/1/26 أما المضافين بعد هذا تاريخ فتبدأ من تاريخ اصدار بطاقة التأمين الصحي وتنتهي في تاريخ 2026/1/25.
- تخضع جميع الطلبات لموافقة مزود الخدمة (شركة الكويتية القطرية للتأمين).
- قيمة التغطية السنوية 10000 د.ك (عشرة الاف دينار) حسب جدول المنافع الطبية المرفق.
- جميع الطلبات المعتمدة غير قابلة للتعديل / التأجيل / الالغاء خلال فترة سريان الوثيقة لأي سببًا كان.
- يقر مقدم الطلب بعلمه ودرايته التامة النافية للجهالة بكافة شروط وأحكام ومنافع التغطية الطبية وموافقة عليها وحصوله على نسخه من "شروط وأحكام الخدمة وجدول المنافع والشبكة الطبية التفصيلية والاستثناءات".
- يجوز لإدارة صندوق الضمان الاجتماعي للعاملين بجامعة الكويت تعديل/الغاء أي شرط من شروط الخدمة دون إشعار مسبق إذا ما استجدت ظروف طارئة وقهرية. كما يجوز لها قبول أو رفض أي طلب أو تغيير قيمة القسط السنوي دون إبداء الأسباب.
- إدارة صندوق الضمان الاجتماعي للعاملين بجامعة الكويت لا تتدخل كطرف في العلاقة التأمينية بين المؤمن عليه وشركة التأمين ويقتصر دورها في إدارة الإجراءات التنظيمية للطلبات وتقديم الدعم والتسهيلات المالية للأعضاء وباقي موظفي الجامعة.
- يبدأ التسجيل اعتبارا من تاريخ النشر وحتى اكتمال العدد المطلوب أو خلال مدة لا تتجاوز 60 يوم من تاريخ سريان الوثيقة.
- العدد المطلوب لإصدار الوثيقة 200 شخص (شرط أساسي لقبول الوثيقة وسريانها بالأسعار المعلنة) ويجوز لشركة التأمين إعادة النظر في السعر إذا لم يكتمل العدد المطلوب.
- تطبيق اللوائح والأحكام المعمول بها في إدارة صندوق الضمان الاجتماعي للعاملين بجامعة الكويت في كل مالم يرد له ذكر في هذا الاعلان.
- مرفق جدول الأسعار وطريقة السداد -إجراءات التسجيل-جدول المنافع-الشروط والأحكام-الاستثناءات غير المغطاة-الشبكة الطبية



2026/2025

## طلب عقد تأمين صحي طبي / إقرار

نافذ المفعول من تاريخ 2025/1/26 الى 2026/1/25

بعد الإقرار بأهليتي للتصرف والتعاقد.

أتقدم بموجبه بطلب الحصول على عقد تأمين صحي لي / وافراد اسرتي المذكورين بالطلب المرفق من (الشركة الكويتية القطرية للتأمين) على اساس المعلومات المقدمة مني وفقاً لما جاء به اعلان إدارة الصندوق. وأؤكد بأن المعلومات صحيحة وكامله وبأنني استلمت نسخه عن احكام وشروط الخدمة من إدارة صندوق الضمان الاجتماعي للعاملين بجامعة الكويت. وأؤكد بأنني قرأت وفهمت تماماً الشروط والأحكام وأوافق صراحة على قبولها والالتزام بها سواءً باللغة العربية أو الانجليزية. كما أخلي طرف إدارة صندوق الضمان الاجتماعي للعاملين بجامعة الكويت من اية مسئولية / التزامات ناشئة عن هذا الطلب / الوثيقة.

أقر بأنني استلمت نسخه عن الوثائق التالية: -

- جدول المزايا الطبية.
- الاستثناءات غير المغطاة.
- الشبكة الطبية.

### " تنبيه هام جداً "

- أفهم وأدرك بأن إدارة صندوق الضمان الاجتماعي للعاملين بجامعة الكويت لا تتدخل في العلاقة التأمينية التعاقدية بين المؤمن عليه والشركة الكويتية القطرية للتأمين ويقتصر دورها على إدارة الإجراءات التنظيمية للطلبات وتقديم الدعم والتسهيلات المالية في سداد الأقساط السنوية للوثيقة وإعادة تحصيلها من المؤمن عليه.
- في حالة فقدان أو تلف بطاقة التأمين الصحي (المنافع الصحية) يتوجب فوراً ابلاغ الشركة الكويتية القطرية للتأمين خطياً على عنوانهم المذكور أدناه. أدرك تماماً بأن عدم الإلتزام بهذا المطلب يؤدي إلى تحملي لأي خسائر مترتبة تنشأ عن سوء إستخدام بطاقة التأمين الصحي المفقودة واستخدامها بواسطة آخر غير حامل للبطاقة الأصلي أو أي استخدامات غير صحيحة وغير قانونية: برج الشهيد - شارع خالد بن الوليد - الشرق - مدينة الكويت — هاتف 22064412
- في حالة طلب إلغاء الوثيقة (حسب الشروط والأحكام) أتعهد بإرجاع بطاقة التأمين الصحي الأصلية فوراً إلي إدارة صندوق الضمان الاجتماعي للعاملين بجامعة الكويت أو الشركة الكويتية القطرية للتأمين.

مقدم الطلب / المقر بما فيه : \_\_\_\_\_

الرقم المدني: \_\_\_\_\_

التاريخ: / / 202 التوقيع: \_\_\_\_\_

2026/2025

**طلب تمويل برنامج الضمان للتأمين الصحي 2026/2025**

الرقم الوظيفي : ..... الرقم المدني : ..... الاسم : .....  
 الوظيفة : ..... مركز العمل : ..... هاتف نقال : .....  
 أتقدم بموجب طلب الحصول على خدمة تمويل / برنامج التأمين الصحي للعام 2026/2025 المقدم بواسطة **الشركة الكويتية القطرية للتأمين** على أساس المعلومات المقدمة وأؤكد بأن المعلومات صحيحة وكاملة وحديثة وأنني استلمت نسخه عن احكام وشروط الخدمة كاملة من إدارة صندوق الضمان الاجتماعي للعاملين بجامعة الكويت . كما أؤكد بأنني قرأت وفهمت تماماً الشروط والأحكام ومنافع التغطية الطبية المشمولة في البرنامج والاستثناءات وأوافق صراحة على قبولها والالتزام بها وأفوض إدارة صندوق الضمان الاجتماعي للعاملين بجامعة الكويت تفويض كامل غير قابل للإلغاء بخصم قيمة هذا البرنامج من راتبي الشهري لدى الجامعة أو اية مستحقات مالية لي لدى اية جهة اخرى دون الحاجة إلى سند تنفيذي .  
 التاريخ : ...../...../..... التوقيع : .....

في حالة تقديم الطلب بواسطة غير المستفيد :

مصادقة مركز العمل على صحة توقيع مقدم طلب التمويل الاسم : ..... التوقيع : ..... الختم : .....

**المستندات المطلوبة :**

(1) طلب تمويل برنامج الضمان للتأمين الصحي (2) استمارة طلب تأمين صحي (3) طلب عقد تأمين /إقرار. (4) صورة البطاقة المدنية (5) صورة عن بطاقات التأمين السابقة.

**بيانات التأمين الصحي**

| م | الاسم | الصفة | الجنس | تاريخ الميلاد | قيمة التغطية السنوي | الدعم | المقدم | المتبقي | تأمين سابق |
|---|-------|-------|-------|---------------|---------------------|-------|--------|---------|------------|
| 1 |       | العضو |       |               | 10000 د.ك           |       |        |         |            |
| 2 |       |       |       |               | 10000 د.ك           |       |        |         |            |
| 3 |       |       |       |               | 10000 د.ك           |       |        |         |            |
| 4 |       |       |       |               | 10000 د.ك           |       |        |         |            |
| 5 |       |       |       |               | 10000 د.ك           |       |        |         |            |
| 6 |       |       |       |               | 10000 د.ك           |       |        |         |            |
|   |       |       |       |               | المجموع             |       |        |         |            |

**بيانات العضوية والبيانات المالية**

رقم العضوية : ..... تاريخها : ..... ملاحظات : .....  
 \* القيمة الاجمالية للوثيقة : ..... د.ك  
 \* ( - ) الدعم المقدم : ..... د.ك  
 \* ( - ) المقدم المدفوع : ..... د.ك ايداع بنكي : ..... بتاريخ : .....  
 \* ( = ) المتبقي : ..... د.ك

**بيانات قيد القرض**

\* قيمة القرض : ..... د.ك رقم القيد الدفتری : .....  
 \* عدد الاقساط : ..... د.ك رقم القيد المالي : .....  
 \* قيمة القسط الشهري : ..... د.ك  
 \* ملاحظات : .....

الاعتماد

المحاسبة

المراجعة

الموظف المختص



2026/2025

# ( بنود وثيقة التأمين الصحي )

2026 / 2025

مقدمة بواسطة الشركة الكويتية القطرية للتأمين

■ جدول المزايا الطبية.

■ الاستثناءات (استثناءات غير مغطاة).

■ الشبكة الطبية.