

طلب تأمين طبي فردي

اسم حامل الوثيقة (المتعاقد) :
اسم المنتسب (الموظف) :
الحالة الاجتماعية:
درجة التأمين:
عنوان ورقم هاتف مقدم الطلب:

طبيعة المهنة:
تاريخ الإنتساب للعمل:
عدد الأولاد :

بيانات المطلوب التأمين عليهم:

الاسم الكامل	صلة القرابة	تاريخ الميلاد يوم/شهر/سنة	الجنس ذكر/أنثى	الوزن كغم	الطول سم	الرقم الوطني (أو رقم جواز السفر لغير الأردنيين)
	نفسه / نفسها					
	الزوجة / الزوج					
	معال					
	معال					
	معال					
	معال					
	معال					

حسب افضل علمك واعتقادك هل سبق لك أو ل احد معاليك أن تم تشخيصهم، أو شعروا بأعراض أو آلام أو حصلوا على استشارات طبية أو تلقوا علاج لأي من الحالات التالية:

	نعم	لا		نعم	لا	
1			القلب والأوعية الدموية			أمراض الجهاز اللمفاوي
2			الحالات الخلقية والوراثية			الحمل والولادة ومضاعفاتها
3			السرطان			أمراض الغدد الصماء
4			الامراض العقلية والنفسية والعصبية			التهاب المفاصل وأمراض المناعة
5			أمراض الكلى			أية إجراءات جراحية سابقة
6			أمراض الجهاز الهضمي			أمراض الظهر والعمود الفقري
7			أمراض الجهاز التنفسي			ارتفاع ضغط الدم
8			الإيدز			السكري
9			أمراض العظام والعضلات والمفاصل			الأمراض الجلدية
10			أمراض الجهاز البولي والتناسلي			أي اعتلال أو شكوى مرضية غير مذكورة أعلاه

في حال كانت الاجابة (نعم) لأي من الحالات السابقة للموظف أو ل احد معاليه، الرجاء ذكر التفاصيل مع توضيح اسم الشخص المعني بهذه الحالة (في حال لم يكفي الفراغ أدناه يمكن الكتابة على ظهر الطلب).

انا الموقع ادناه اصرح ووافق بالأصالة عن نفسي وبالنيابة عن اعليهم ان المعلومات الواردة في هذا الطلب وتلك الواردة في اية بيانات متعلقة به قد تم تعينتها بناء على علم ومعرفة تامة من قبلنا وبأنني اتحمل كافة النتائج في حال تبين عدم صحة اي من هذه المعلومات سواء عن قصد مني أو عن غير قصد ومن ضمن تلك النتائج إلغاء اشتراكي و/أو اشتراك عائلتي بالتأمين و/أو جميع الآثار القانونية المترتبة على إخفاء أو عدم دقة أو صحة اي بيانات تم ذكرها، وذلك وفقاً للمادة (928) من القانون المدني الاردني، وان التوقيع الوارد في نموذج طلب التأمين هذا هو توقيعني أو توقيع من يمثلني، وان البيانات المذكورة في هذا الطلب تشكل جزءاً لا يتجزأ من العقد وأقر بأنني قد اطلعت على الشروط العامة للتأمين وموافق عليها وبأنني على علم ودراية بضرورة الاحتفاظ بنسخة عن طلب التأمين واي مراسلات ووثائق بيننا، كما انني افوض شركة التأمين او من تفوضه بالتأكد من صحة هذه البيانات والمعلومات والحصول على اية معلومات اخرى تحتاجها نتيجة لمطالبات تنشأ عن هذا العقد من اية جهة كانت، وأجيز لتلك الجهات التصريح عن المعلومات التي لديها عني دون ان تحفظ وان عدم قيام الشركة بطلب اجراء اي فحوصات او احضار اي تقارير لا يؤثر على التزامي بضرورة ان تكون كافة البيانات والتصاريح الصادرة عني بما فيها التصاريح عن الحالة الصحية سليمة وصحيحة بالكامل تحت طائلة سقوط الحق بالمطالبة بأية منافع أو تغطيات بموجب هذا العقد او اي اجراء قانوني اخر تراه الشركة مناسباً، ووافق على ان يكون هذا الطلب اساساً للتعاقد اذا قبلت الشركة هذا الطلب واصدرت وثيقة التأمين، كما أن صورة هذا التفويض المختوم بالخاتم الرسمي لشركة الاولى للتأمين تعتبر صالحة للغايات المذكورة كما لو كانت الاصل.

توقيع وختم حامل الوثيقة: توقيع مقدم الطلب: التاريخ:

Confidential