

## طلب تأمين طبي جماعي

إسم حامل الوثيقة (المتعاقد) : .....  
 إسم المنتسب ( الموظف ) : .....  
 الحالة الإجتماعية: .....  
 درجة التأمين: .....  
 عنوان ورقم هاتف مقدم الطلب : .....  
 بيانات المطلوب التأمين عليهم:

الإسم الكامل	صلة القرابة	تاريخ الميلاد يوم/شهر/سنة	الجنس ذكر/انثى	الوزن / كغم	الطول/ سم	الرقم الوطني ( او رقم جواز السفر لغير الاردنيين )
	نفسه/نفسها					
	الزوجة/الزوج					
	معال					
	معال					
	معال					
	معال					
	معال					
	معال					
	معال					

حسب أفضل علمك واعتقادك هل سبق لك أو لإحد معاليك أن تم تشخيصهم، أو شعروا بأعراض أو آلام أو حصلوا على إستشارة طبية أو تلقوا علاج لأي من الحالات التالية:

لا	نعم	لا	نعم	رقم	وصف الحالة
				١	القلب و الاوعية الدموية
				٢	الحالات الخلقية والوراثية
				٣	السرطان
				٤	الامراض العقلية والنفسية والعصبية
				٥	امراض الكلى
				٦	امراض الجهاز الهضمي
				٧	امراض الجهاز التنفسي
				٨	الإيدز
				٩	امراض العظام والمضلات والمفاصل
				١٠	امراض الجهاز البولي والتناسلي
				١١	امراض الجهاز اللمفاوي
				١٢	الحمل والولادة و مضاعفاتها
				١٣	امراض الغدد الصماء والسكري
				١٤	التهاب المفاصل و امراض المناعة
				١٥	اية اجراءات جرا حية سابقة
				١٦	آلام الظهر والعمود الفقري
				١٧	ارتفاع ضغط الدم
				١٨	الامراض الجلدية
				١٩	اي اعتلال أو شكوى مرضية غير مذكورة اعلاه

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

انا الموقع ادناه اصرح وأوافق بالأصالة عن نفسي وبالنيابة عن ائمتهم انه وحسب افضل علمي واعتقادي، ان المعلومات الواردة في هذا الطلب وتلك الواردة في اية بيانات متعلقة به أو أية فحوصات طبية مطلوبة هي صحيحة وكاملة. وان الإجابات والبيانات المذكورة في هذا الطلب تشكل جزءاً لا يتجزء من العقد، وأوافق أنه لن يتم صرف اي تعويض بموجب عقد التأمين عن اية مصاريف طبية ناشئة عن اي اعتلال سابق لتاريخ هذا الطلب ولم يصرح به بتاريخ هذا الطلب. وان اخفاء المعلومات أو الإدلاء بأي معلومات خاطئة من شأنه إلغاء اشتراكي بالتأمين. وأقر بأنني قد اطلعت على الشروط العامة للتأمين وموافق عليها. كما انني افوض شركة التأمين أو من تفوضه بالتأكد من صحة هذه البيانات والمعلومات والحصول على أية معلومات أخرى تحتاجها نتيجة لمطالبات تنشأ عن هذا العقد من أي جهة كانت (طبيب، مستشفى، شركة... الخ) وأجيز لتلك الجهات التصريح عن المعلومات التي لديها عن صحتي وحالتي المرضية دون أي تحفظ.

توقيع وختم حامل الوثيقة ..... توقيع مقدم الطلب ..... التاريخ .....