طلب تأمين طبي جماعي

صورة
شخصية

إسم حامل الوثيقة (المتعاقد): ..... طبيعة المهنة: .....
إسم المنتسب (الموظف): ..... تاريخ الإنتساب للعمل: .....
الحالة الإجتماعية: ..... عدد الأولاد: .....
درجة التأمين: ☐ خاصة ☐ أولى ☐ ثانية ☐ ثالثة .....
عنوان ورقم هاتف مقدم الطلب(الموظف): .....

بيانات المطلوب التأمين عليهم:

* ملاحظة : يرفق صورة عن الهوية الشخصية وصورة عن دفتر العائلة في حالة إشتراك عائلة الموظف :

الإسم الكامل			صلة القرابة	تاريخ الميلاد يوم/شهر/سنة	الجنس ذكر/انثى	الوزن / كغم	الطول/ سم	الرقم الوطني										
			نفسه/نفسها															
			الزوجة/الزوج															

هل سبق لك او لإحد من المطلوب تأمينهم (مُعاليك) أن تم تشخيصهم، أو شعروا بأعراض أو ألآم أو حصلوا على إستشارة طبية أو تلقوا علاج لأي من الحالات التالية:

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

في حال كانت الاجابة (نعم) لأي من الحالات السابقة للموظف أو لأي من المطلوب تأمينهم (مُعاليك)، 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 عمّن اعيلهم انه وحسب افضل علمي وإعتقادي،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 جزءا لا يتجزء من العقد، وأوافق أنه لن يتم صرف اي تعويض بموجب عقد التامين عن اية مصاريف طبية ناشئة عن اي اعتلال سابق لتاريخ هذا الطلب ولم يصرح به بتاريخ هذا الطلب.وان اخفاء المعلومات او 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 و/ أو أي من المُعالين دون أي تحفظ .

توقيع مقدِم الطلب (الموظف) ..... توقيع وختم حامل الوثيقة (المتعاقد) ..... التـــاريـــخ .....

هاتف : ٣١٦١ ٥٦٩ ٦٢٦+ | فاكس : ٢٥٧٧ ٥٦٩ ٦٢٦+ | ص.ب ٢٠٠٩٤ عمان ١١١١٨ الأردن
Tel : +962 6 569 3161 | Fax : +962 6 569 2577 | P.O.BOX : 20094 Amman 11118 Jordan
Email : info@jico.jo