صورة
شخصية

طلب تأمين طبي فردي

أسم مقدم الطلب الأول : ..... الأب : ..... العائلة : .....
طبيعة المهنة : .....
الحالة الإجتماعية : ..... درجة التأمين : .....
عدد الأولاد : ..... طريقة دفع الأقساط : .....
العنوان ورقم الهاتف : ..... صندوق البريد : .....
البريد الإلكتروني : ..... الرمز البريدي : .....

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

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 لأي 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 لمقدم الطلب أو لأي من المطلوب تأمينهم، 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 عمَّن 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 .

أسم حامل الوثيقة ..... توقيع مقدِم الطلب ..... التـــاريـــخ .....

هاتف : ٥٦٩٣١٦١ ٦ ٩٦٢+ | فاكس : ٥٦٩٢٥٧٧ ٦ ٩٦٢+ | 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