

اسم حامل الوثيقة (المتعاقد):

اسم المنتسب (الموظف):

الحالة الاجتماعية:

درجة التأمين:

عنوان ورقم هاتف مقدم الطلب:

بيانات المطلوب التأمين عليهم:

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

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

نعم	لا	نعم	لا
	أمراض الجهاز المفاوي	١١	القلب والأوعية الدموية
	الحمل والولادة ومضاعفاتها	١٢	الحالات الخلقية والوراثية
	أمراض الغدد الصماء	١٣	السرطان
	التهاب المفاصل وأمراض المتنعة	١٤	الأمراض العقلية والتفسخية والعصبية
	آية اجراءات جراحية سابقة	١٥	أمراض الكلى
	آلام الظهر والعمود الفقري	١٦	أمراض الجهاز الهضمي
	ارتفاع ضغط الدم	١٧	أمراض الجهاز التنفسى
	السكري	١٨	الإيدز
	الأمراض الجلدية	١٩	أمراض العظام والغضلات والمفاصل
	أي اعتلال أو شكوى مرضية غير مذكورة أعلاه	٢٠	أمراض الجهاز البولي والتناسلي

في حال كانت الإجابة (نعم) لأي من الحالات السابقة للموظف أو لأحد معاليه، الرجاء ذكر التفاصيل مع توضيح اسم الشخص المعنى بهذه الحالة. (في حال لم يكن في فراغ أدناه يمكن الكتابة على ظهر الطلب).

أنا الموقع أدناه أصرح وأؤفق بالأسنان عن نفسي وبالنيابة عن أهليهم أنه وحسب أفضل علمي واعتقادي، أن المعلومات الواردة في هذا الطلب وتلك الواردة في أية بيانات متعلقة به أو أية فحوصات طبية مطلوبة هي صحيحة وكاملة، وإن الإجابات والبيانات المذكورة في هذا الطلب تشكل جزءاً لا يتجزأ من العقد، وأؤفق أنه لن يتم صرف أي تعويض بمحض عقد التأمين عن أية مصاريف طبية ناشئة عن أي اعتلال سابق لتاريخ هذا الطلب ولم يصرح به بتاريخ هذا الطلب وان اخفاء المعلومات أو الإلقاء بأي معلومات خاصة من شأنه إلغاء اشتراكه بالتأمين وأقر بأنني قد اطلعت على الشروط العامة للتأمين وموافق عليها. كما أتفق أفوض شركة التأمين أو من تفوذه بالتأكد من صحة هذه البيانات والمعلومات والحصول على أي معلومات أخرى تحتاجها نتيجة لطلبات تنشأ عن هذا العقد من أي جهة كانت (طبيب، مستشفى، شركة... الخ) وأجيئ لتلك الجهات التصريح عن المعلومات التي لديها عن صحتي وحالتي المرضية دون أي تحفظ.

التاريخ: توقيع مقدم الطلب: توقيع وختم حامل الوثيقة: