صورة شخصية موظف	صورة الزوجة	صور الاطفال

اقرار طلب تامين صحي جماعي

اسم الشركة المتعاقدة ( )

- ✓ يرجى تعبئة جميع المعلومات المطلوبة و بخط واضح و مقروء .
- ✓ لا يعتبر تقديم هذا الطلب قبولاً لاشتراك المنتفع ما لم يصدر عن الشركة كتاب رسمي بذلك .
- ✓ يرفق صورة عن دفتر العائلة (لاشتراك العائلة) / هوية شخصية للموظف الاعزب
- ✓ صورة شخصية لكل منتفع .

	الاسم الاول	اسم الاب	اسم الجد	اسم العائلة
اســـم طالب التأمين				
الحالة الاجتماعية : ○ اعزب ○ متزوج	عدد الابناء إن وجد :		درجة التأمين :	

	اسماء افراد العائلة				زمرة الدم	الوزن WEIGHT	الطول HEIGHT	الجنس SEX	صلة القرابة	تاريخ الميلاد DATE OF BIRTH	الرقم الوطني
	الاسم الاول	اسم الاب	اسم الجد	اسم العائلة	Blood Type	كغم KGS	سم C.M	Female Male	2,3 4,5	DD- MM-YYYY	
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
صلة القرابة : 2 = موظف ، 3= زوج ، 4= طفل ، 5= أخرى											الجنسية :

ملاحظة : على مقدم الطلب الاجابة عن الاسئلة ادناه عن نفسه وبالنيابة عن الزوجة و/أو الاولاد و/أو المعالين وذكر التفاصيل في المكان المخصص إذا كانت الاجابة " نعم " . في رأيك وحسب معلوماتك ، هل سبق وأن تم تشخيصك أو تلقيت علاجاً ، (بما في ذلك الحالات التي استدعت الدخول الى المستشفى او الجراحة) وشعرت بأي اعتلال او ألم أو ظهرت عليك أو على أي من المعالين إحدى الاعراض التالية :

الرقم	الحالة	نعم	كلا	صاحب المرض	الرقم	الحالة	نعم	كلا	صاحب المرض
1	القلب و الاوعية الدموية				10	امراض الجهاز البولي و التناسلي			
2	امراض تشوهات خلقية و وراثية				11	امراض الجهاز اللمفاوي			
3	السرطان و امراض الدم				12	امراض العظام و العضلات الام الظهر، تنظير الركبة			
4	الامراض العصبية ، العقلية، و النفسية				13	امراض الغدد الصماء و السكري			
5	امراض الكلى و الاملاح				14	الروماتيزم و المناعة			
6	امراض الجهاز الهضمي، تنظير الجهاز الهضمي				15	ارتفاع ضغط الدم			
7	امراض الجهاز التنفسي				16	امراض الجهاز العصبي			
8	امراض الجلد و توابعة				17	اي اعتلال شكوى مرضية غير مذكورة اعلاه			
9	الايدز ، الامراض الجنسية				18	العمليات و الاجراءات الطبية السابقه			

- يرجى ذكر شهر الحمل إن وجد (الشهر .....).

التفاصيل :

- اسم المريض :..... التشخيص الطبي :..... التاريخ: / /
- اسم المريض :..... التشخيص الطبي :..... التاريخ : / /

اشهد بان المعلومات المذكورة صحيحه واقبل ان تعتبر اساساً لعقد التامين المطلوب ، كما انني افوض بموجب ما جاء اعلاه طبيب المعالج و /أو اية مؤسسة للخدمات الطبية او اية هيئة او شخص لدية معلومات عن صحتي و نشاطي(وصحة ونشاط من اعيل) ان يقدمها الى الشركة وذلك يشمل سجلات المستشفى و اية سجلات اخرى تعود لاية استشارة طبية او تشخيص او معالجه كما ان صورة هذا التفويض و المختوم من قبل شركة التامين تعتبر صالحة للغايات المذكورة كما لو كانت الاصل ، و اوافق على ان تظل هذه الاجازة سارية المفعول قبل وفاتي و بعدها .

توقيع الموظف : .....

رقم الهاتف : .....

تاريخ تعبئة الطلب : .....

توقيع/ختم الشركة المتعاقدة :

الشميساني– شارع الشريف ناصر بن جميل – بناية رقم 41– هاتف: 5518935 فاكس : 5518956 -6-962+ص.ب (1435) عمان – 11953 – الأردن
Tel : 0962-6-5518935 Fax: +962-6/5518956 P.O. Box 1435 Amman- 11953 – Jordan