

## طلب تأمين شخصي ضد الحوادث الجسدية

### ١. معلومات عامة:

أ. الاسم الثلاثي لطالب التأمين: \_\_\_\_\_

ب. العنوان: المحافظة \_\_\_\_\_ المنطقة \_\_\_\_\_ الشارع \_\_\_\_\_ البناء (رقم) \_\_\_\_\_

ج. هاتف: (المنزل) \_\_\_\_\_ (العمل) \_\_\_\_\_ الخلوي \_\_\_\_\_

فاكس: \_\_\_\_\_ البريد الإلكتروني: \_\_\_\_\_

د. محل و تاريخ الولادة: \_\_\_\_\_ رقم البطاقة الشخصية: \_\_\_\_\_

هـ. الجنس: \_\_\_\_\_ الوضع العائلي: \_\_\_\_\_

و. المستوى العلمي:  إحصائي  ثانوي  معهد  جامعي  دراسات عليا

ز. الطول: \_\_\_\_\_ الوزن: \_\_\_\_\_

ح. المهنة التي تقوم بها: (إذا تعددت الرجاء ذكرها جميعاً) \_\_\_\_\_

هل يتضمنها عمل يدوي؟ ما هو؟  نعم  لا

ط. ما هو دخلك الأسبوعي؟ \_\_\_\_\_

### ٢. المنافع المطلوبة:

١. الوفاة من جراء حادث ل.س: \_\_\_\_\_

٢. العجز الكلي الدائم ل.س: \_\_\_\_\_

٣. العجز الجزئي الدائم ل.س: \_\_\_\_\_

٤. التعويض الأسبوعي باستثناء الأسبوع الأول ل.س: \_\_\_\_\_

٥. المصاريف الطبية الناتجة عن حادث ل.س: \_\_\_\_\_

### ٣. أسماء المستفيدين في حال الوفاة:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### ٤. ما هي الرياضات التي تمارسها؟

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### ٥. هل تنوي متابعة أي عمل أو مهنة أو رياضة أو هواية لم تذكر أعلاه ومن الممكن أن تجعلك أكثر عرضة للحوادث؟ نعم لا

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### ٦. هل تنوي السفر خارج الأراضي السورية؟ نعم لا

أ. إلى أين؟ \_\_\_\_\_

ب. كم مرة وسطيماً في السنة؟ \_\_\_\_\_

### ٧. هل تشترك في مسابقات بأنواعها، التزلج، الدراجات النارية، السيارات، أو الطيران إلا إذا كان ذلك بصفة راكب على متن الخطوط الجوية التجارية النظامية؟

الرجاء تحديد التفاصيل: \_\_\_\_\_

### ٨. التاريخ الصحي:

أ. هل تشكو من ضعف في السمع أو النظر؟ (ارتداء النظارات الطبية لتصحيح العيوب الطبيعية يمكن تجاهله)  نعم  لا

إذا أجبت بـ نعم الرجاء التحديد: \_\_\_\_\_

نعم  لا

ب. هل تشكو من مرض في القلب، الجسد أو أحد الأعضاء الأخرى؟

إذا أجبت بـ "نعم" الرجاء التحديد:

نعم  لا

ج. هل تتمتع دائماً بصحة جيدة؟

إذا أجبت بـ "لا" الرجاء تحديد السبب :

نعم  لا

د. هل أنت متزن ومعتدل في عاداتك؟

إذا أجبت بـ "لا" الرجاء التحديد:

نعم  لا

٩. هل سبق و تعرضت لحادث أو تقدمت بمطالبة لشركة تأمين بشأن حادث أو مرض ؟  
الرجاء تحديد التفاصيل:

١٠. هل أنت الآن مؤمن ضد الحوادث الشخصية أو المرض؟  نعم  لا

الرجاء تحديد الشركة الضامنة و المبلغ التأميني و التعويضات الأسبوعية المتفق عليها:

١١. هل تم رفض طلبك، أو قبورك بشروط دون معيارية للتأمين على الحياة و/أو الصحة و/أو الحوادث الشخصية. أو سبق وقامت أية شركة تأمين  
بالغاء أو رفض تجديد عقدك التأميني؟  نعم  لا

الرجاء تحديد التفاصيل:

١٢. هل يفوق أجرك الأسبوعي التعويضات الأسبوعية لجميع عقود التأمين التي تملكها متضمنة التعويضات في هذا الطلب؟  نعم  لا

الرجاء تحديد التفاصيل:

١٣. هل يوجد أية معلومات إضافية قد تؤثر على عرض التأمين ويجب أن يفصح عنها لمكتتبي التأمين؟

الرجاء تحديد التفاصيل:

أنا الموقع أدناه أصرح بموجبه و بحسب معلوماتي، أن الإجابات المدونة أعلاه هي كاملة و صحيحة.

إن توقيع هذا الطلب لا يلزم مقدم الطلب بعقد تأمين و لكن في حال إصدار العقد سيكون هذا الطلب أساس العقد كما هو متفق عليه.

لا يتم أي تغطية إلا إذا تم تأكيدها خطياً من قبل الشركة

الرجاء تحديد مدة العقد: \_\_\_\_\_ و تاريخ بدء التأمين : \_\_\_\_\_

التاريخ

:

توقيع طالب التأمين :