

استمارة طلب تأمين على الحياة

بالإضافة إلى التأمين على الحياة ما المنافع التي ترغب الحصول عليها في حال:

لا يوجد عجز كلي دائم (مرض أو حادث) عجز الجزئي دائم (نتيجة حادث) غيره

المبلغ التأميني(ل.س.): _____ المبلغ التأميني (د. أ.): _____
تاريخ بدء التأمين: _____

مدة التأمين: ١ سنة ٥ سنوات ١٠ سنة ١٥ سنة غيره

١- اسم مقدم الطلب: _____

٢- معلومات عن المضمون:

الاسم الأول	تاريخ و محل الولادة: / /
الشهرة	الجنس: <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى الجنسية:
اسم الأب	رقم القيد و تاريخه:
اسم الأم	رقم البطاقة الشخصية (من ١١ خانة)

٣- الحالة الاجتماعية

أعزب أرمل متاهل مطلق منفصل عدد الأطفال _____

٤- المستوى العلمي:

إعدادي ثانوي جامعي/ معاهد دراسات عليا

٥- عنوان السكن:

المنطقة:	الشارع:	بناء رقم:	المدينة:
هاتف السكن:	هاتف الجوال:	ص. ب:	
البريد الإلكتروني:			

٦- اسم و عنوان العمل:

المنطقة:	الشارع:	بناء رقم:	المدينة:
هاتف العمل:	هاتف الجوال:	فاكس:	ص. ب:
البريد الإلكتروني:			

٧- عنوان إرسال الإشعارات المسجلة: عنوان السكن عنوان العمل

٨- المهنة (الرجاء ذكر طبيعة العمل

بالتفصيل): _____

٩- أسماء المستفيدين في حال الوفاة:

الاسم الثلاثي الرسمي	صلة القرابة	نسبة الاستفادة

ما لم تذكر طريقة واضحة للدفع في حال وفاة المؤمن تقسم عائدات البوليصة بالتساوي بين جميع الأشخاص الواردة أسماؤهم كمستفيدين و الباقيين على قيد الحياة. كما أن تغيير المستفيد و نسبة الاستفادة هو حق محفوظ للمضمون.

١٠- تصريح عن الحالة الصحية:

الطول: _____ (سم) الوزن: _____ (كغ)
 (أ) هل تغير وزنك خلال السنة الماضية؟ ازدياد نقصان لا السبب: _____
 (ب) هل تتمتع بصحة جيدة وخالية من أي عاهة؟ نعم لا

(ج) الأمراض المزمنة

في حال كون أي من المشتركين أو المعولين قد تم تشخيص أو معالجة أو شعر باضطرابات أو ألم أو عانى من أعراض أو خضع لعمل جراحي يرتبط بعلاج المشاكل المذكورة أدناه، الرجاء الإجابة بوضع الإشارة حسب واقع الحال:

<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	جهاز القلب و الشرايين (ارتفاع ضغط الدم، نوبة قلبية...)
<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	الجهاز التنفسي المزمنة (الربو، السل...)
<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	الجهاز الهضمي المزمنة (القرحة، أمراض الكبد...)
<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	الجهاز التناسلي - البولي (الكلى، المسالك البولية...)
<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	الجهاز العظمي و العضلات أو الأعضاء المزروعة (كسر..)
<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	الجهاز العصبي (انهيار عصبي، دوخة، داء النقطة...)
<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	أمراض مزمنة أخرى أو عمليات جراحية متوقعة على علم بها

(د) هل أنت مصاب بأية أمراض جلدية؟ نعم لا

(هـ) هل تتعاطى أو سبق و تعاطيت المخدرات؟ نعم لا

(و) هل تبين لك أو قيل لك أنك مصاب بالسيدا (فيروس نقص المناعة المكتسب)؟ نعم لا

(ز) هل تمارس أيًا من الهوايات و الرياضات الخطرة؟ نعم لا

(ح) هل أجرى لك تخطيط قلب، تصوير تشخيصي (أشعة، تصوير طبقي محوري، تصوير بالرنين المغناطيسي) أو فحوصات مخبرية في السنوات الخمس الماضية؟ الرجاء التفصيل

(ط) هل تشرب الكحول؟ نعم لا الرجاء تحديد النوع المفضل و الكمية و الكؤوس يومياً / أسبوعياً

(ي) هل أنت مدخن؟ نعم لا الرجاء تحديد الفئة(ات) و الكمية و يومياً

(ك) هل تغيبت طويلاً من عملك لدواعي صحية خلال السنتين الأخيرتين؟ الرجاء التفاصيل

(ل) هل استشرت طبيباً خلال السنوات الخمس الماضية و مم كنت تشكو؟

(م) الرجاء ذكر اسم، عنوان و هاتف الطبيب الذي اعتدت استشارته

(ن) هل لديك بوليصة تأمين على الحياة لدى شركة أخرى؟ نعم لا

اسم الشركة _____ مبلغ التأميني _____ المدة _____

(س) هل سبق و أن تم رفض تأمينك على الحياة؟ نعم لا لماذا؟ _____

(ع) هل توفي أحد أفراد عائلتك بسبب مرض معين؟ الرجاء تحديد نوع المرض و التفاصيل

(ف) هل أصبت أو أصيب أحد من أفراد عائلتك بأي من الأمراض التالية: (ربو، سكري، زلال في البول، أمراض الأوعية الدموية، مرض رئوي/ كلوي/ كبدي، داء المفاصل، علة في القلب، ارتفاع في الضغط، علة في الجهاز الهضمي، قرحة، سرطان، داء النقطة، اضطراب عقلي أو عصبي، أو أي مرض لم يذكر. الرجاء تحديده و تفاصيله.

أنا الموقع أدناه طالب الضمان أصرح بموجبه و حسب معرفتي أنني أتمتع بصحة جيدة و لا أعاني من أي مرض، كما أنني لا أعاني من أي علة أو عاهة جسدية و لا أخضع لأي علاج طبي و لا أتناول أي نوع من الأدوية غير ما ذكر أعلاه، كما أقر أن البيانات في هذا الطلب صحيحة و كاملة.

و بموجبه أخول "المتحدة للتأمين ش.م.م." للحصول على معلومات من أي طبيب سبق أن تابع العناية بي، أو من أي مستشفى أتممت العلاج فيها، أو من أية جهة للتأمين على الحياة سبق و أن تقدمت لها بطلب في أي وقت للتأمين على حياتي.

و بموجب هذا أفوض الشركة بالحصول على تلك المعلومات، و كذلك إذا ظهر أي شيء متعارض مع صحة ما تم الإدلاء به أعلاه أو إذا تم الامتناع عن أو إخفاء أية بيانات يتوجب منطقياً أن تعرفها الشركة بخصوص التأمين على الحياة هذا فإن أية وثيقة قد تمنح بموجب هذا الطلب تصبح باطلة و غير ملزمة.

التوقيع

التاريخ

الاسم