



طلب تأمين طبي / جماعي برنامج كراون الطبي

اسم حامل العقد : رقم العقد :

تاريخ بداية التأمين : رقم الضمان الإجتماعي :

بيانات المطلوب التأمين عليهم :

الاسم والرقم الوطني	اسم العائلة	تاريخ الميلاد	صلة القرابة	درجة التأمين	الجنس	الطول	الوزن	المهنة	الجنسية	محل الإقامة

الحالة الإجتماعية () عدد الابناء () تاريخ بدء العمل ()

المركز الرئيسي / جبل عمان / شارع عبد المنعم رياض / هاتف : +962 (6) 565 4550 • فاكس : +962 (6) 565 4551 • ص.ب: 213590 عمان 11121 الأردن

فرع الصوفية / عمان / هاتف : +962 (6) 588 5450 • +962 (6) 585 3477 • فاكس : +962 (6) 588 5451

فرع العقبة / هاتف : +962 (3) 203 0403 • +962 (3) 203 0406 • فاكس : +962 (3) 201 2012 • ص.ب: 1777 العقبة 77110 الأردن

فرع اربد / هاتف : +962 (2) 725 5040 • +962 (2) 725 5093 • +962 (2) 725 5090 • فاكس : +962 (2) 725 5092

arabornt@araborient.com • www.araborient.com

5609888

مركز الخدمة الفورية
 اتصل واسرع خدمة تامينية شاب الأردن

التاريخ المرضي للمؤمن علياً و / أو التابعين القانونيين :-
الإجابة تكون عن المؤمن له ونيابة عن جميع التابعين القانونيين

هل عانيت من أي من الامراض التالية ؟

لا	نعم		لا	نعم	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	٢- الأورام الحميدة والخبيثة	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	١- الأمراض السارية والمعدية
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	٤- الأمراض العقلية والنفسية والعصبية	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	٣- أمراض الغدد الصماء والسكري والمناعة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	٦- أمراض القلب والشرايين والأوعية الدموية	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	٥- أمراض الجهاز العصبي والأعضاء الحسية
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	٨- أمراض الكلى والجهاز البولي والتناسلي وأمراض الثدي	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	٧- أمراض الجهاز الهضمي والكبد والمرارة والبنكرياس
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	١٠- أمراض الجهاز التنفسي	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	٩- الحمل والولادة ومضاعفاتها أو أي أمراض نسائية
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	١٢- أي شكوى مرضية أو اعتلال غير مذكور ضمن البنود أعلاه	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	١١- أي عمليات أو إجراءات طبية / أو جراحية أو أي دخول سابق للمستشفى

في حالة الإجابة بنعم عن أي من البنود المذكورة أعلاه الرجاء ذكر التفاصيل في المكان المخصص تالياً :

اسم المنتفع	الحالة المرضية	الاكتتاب الطبي
		هذه المساحة مخصصة لاستخدام شركة التأمين
		هذه المساحة مخصصة لاستخدام شركة التأمين
		هذه المساحة مخصصة لاستخدام شركة التأمين
		هذه المساحة مخصصة لاستخدام شركة التأمين

إن إخفاء و/أو تغيير أي معلومات صحية سيؤدي إلى اعتبار عقد التأمين الصحي لاغياً في حال تمت الموافقة المسبقة على إصداره.

أقر بأنني إطلعت على الشروط العامة لوثيقة التأمين الصحي المطلوب إصدارها . وأوافق عليها كما أنني أفوض بموجب هذا الطلب طبيبي المعالج وأية مؤسسة للخدمات الطبية أو أية هيئة أو شخص لديه معلومات عن صحتي ونشاطي (وصحة ونشاط جميع الشمولين بالعقد) أن يقدمها إلى شركة الشرق العربي للتأمين وذلك يشمل سجلات المستشفى أو أية سجلات أخرى تعود لأية استشارة طبية أو تشخيص أو معالجة . كما أن صورة هذا التفويض الختومة بالخاتم الرسمي لشركة الشرق العربي تعتبر صالحة للغايات المذكورة كما لو كانت الأصل.

تاريخ تقديم الطلب : / /

توقيع مقدم الطلب : ختم الشركة (المؤمن له) :