طلب تأمين ( حياة – صحي –مسافر )

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **الإسم الأول** | **اسم الأب** | **اسم العائلة** |
|  |  |  |

الأسم باللغة الأنكليزية (اجباري)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Surname(Family Name) | Father name | First Name |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| الجنسية | الرقم الوطني National ID | تاريخ الاصدار issuing date | تاريخ الميلاد Date of Birth(DD-MM-YY) | الحالة الاجتماعية martial status | العمل work |
|  |  |  |  |  |  |

**خاص بتأمين المسافر**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| رقم جواز السفر | تاريخ الاصدار | الصلاحية | الجهة المصدرة |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| رقم هاتف العمل Work Tel | هاتف المنزل Home Tel | الهاتف الخلوي Mobile Tel | خلوي الزوج/الزوجة Spouse Mobile |
|  |  | ( ) | ( ) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| فاكس Fax | البريد الألكتروني Email | عدد أفراد الأسرة No of Dependents |
|  |  |  |

**الاقامة الحالية Current residence**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| رقم البناية Building No | رقم الشقة Apt No | الشارع Street | الحي | المدينة city | الدولة country |
|  |  |  |  |  |  |

خاص بالتأمين الحياة

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| المهنة بالتفصيل |  |  |
| هل انت مدخن | نعم - لا | في حال نعم عدد السجائر |
| الطول | سم |  |
| الوزن | كغ |  |

مبلغ التأمين ...................................................................

التغطية المطلوب

( منفعة الوفاة ( الوفاة الطبيعية و نتيجة مرض ونتيجة حادث

منفعة العجز الكلي الدائم نتيجة حادث أونتيجة مرض

منفعة العجز الجزئي الدائم نتيجة حادث

منفعة العجز الكلي المؤقت نتيجة حادث

مدة التأمين المطلوبة 1-20 سنة

1. . ھل أنت الآن بصحة جيدة ومعافى كلياً من أي أمراض جسدية أو عقلية أو أي تشوھات؟
2. ھل عانيت سابقاً أو تعاني حالياً من :
3. أمراض جھاز الدوران ( مثل : مشاكل قلبية , حمى رثوية , ضغط دم مرتفع , أمراض

الشرايين أو الأوردة ) ؟

1. أمراض الجھاز التنفسي ( مثل : السل , الربو , سعال مستمر, التھاب رئوي )؟
2. - أمراض الجھاز البولي التناسلي ( مثل: التھابات في الكلى, التھابات في الأعضاء البولية أو

التناسلية, حصى بولية, أمراض تناسلي) ؟

1. أمراض الجھاز الھضمي ( مثل : اضطرابات ھضمية , قرحات ھضمية أو عفجية , التھاب كبد

من النمط ب أو اضطرابات كبدية أخرى , خلل في المثانة أو الغدة الصفراوية )

1. اضطرابات عقلية أو اضطرابات في الجھاز العصبي ( مثل : الصرع , غياب عن الوعي ,

نوبات صداع متكررة , انھيار عصبي ) ؟

1. سكري, سرطان, أمراض دم, الغدد, الطحال, الأذنين, العينين, أو الجلد؟
2. - تعرق ليلي غير مفسر و/ أو فقدان في الوزن, ارتفاع حرارة دائم, إسھال مزمن أو متكرر,

التھاب أو تورم غدد غير مفسر؟

1. أية أمراض غير مذكورة أعلاه ؟
2. . ھل سبق لك أو طلب منك الخضوع إلى علاج في المشفى أو الخضوع لعملية جراحية ؟
3. ھل سبق لك أو طلب منك إجراء تحليل دم خاص بمرض نقص المناعة المكتسب ( الايدز ), أو لحالة لھا

علاقة بمرض نقص المناعة المكتسب ( الايدز ) , أو تم رفضك كمتبرع بالدم ؟

1. . ھل استشرت طبيباً أخصائياً لأي سبب , متضمناً الفحوصات الروتينية وتحاليل الدم , أو ھل تم نقل دم

إليك خلال السنوات الخمسة الماضية ؟

1. ھل تمارس أي شكل من الرياضات الخطرة ( مثل الطيران الشراعي , سباق الدراجات النارية , سباق

السيارات , الغطس , تسلق الجبال ) ؟

1. . ھل تتعاطى الكحول؟

اذا أجبت ب "نعم" ما الكمية في اليوم؟ ............................... منذ متى؟ .......................

1. ھل تتعاطى أي من المواد المخدرة؟

اذا أجبت ب "نعم" ما الكمية في اليوم؟ ............................... منذ متى؟ .......................

8. ھل ھناك تاريخ عائلي لأي من أمراض : السرطان أو السكري أو القلب والأوعية الدموية أو أمراض

الأعصاب أو الأمراض العقلية و النفسية؟

اذا أجبت ب "نعم" حدد صلة القرابة بالشخص المصاب ونوع المرض والعمر في وقت التشخيص

والوضع في الوقت الراھن.

* . **إذا أجبت ب "نعم" على أي من الأسئلة المذكورة أعلاه, الرجاء تدوين التفاصيل ( متضمنة التواريخ,**

**الفترات والعلاج المتبع, أسماء وعناوين الأطباء ) متضمنةً توقيعك على خلف ھذا النموذج.**

* ھل استفدت سابقا من أي منفعة عجز ؟
* ھل سبق أن تم رفض أو تأجيل أي عرض تأمين حياة سابق لك أو تم قبوله بقسط إضافي؟ ما اسم

الشركة؟

* ھل لديك الآن أي تامين حياة مع شركة تأمين أخرى؟ ما ھو اسم الشركة ومقدار مبلغ التامين؟
* . للنساء فقط: ھل أنتِ حامل؟ و في حال نعم في أي شھر ...............................

**خاص بتأمين المركبات**

نوع المركبة

تاريخ الصنع

ناقل الحركة

عدد المقاعد

الاحصنة

رقم المركبة

اللون

عدد المفاتيح

المحافظة

تاريخ و رقم التسجيل

المسافة المقطوعة

اسم السائق

عمره

نوع رخصة القيادة

تاريخ صلاحيتها

قيمة المركبة

هل يوجد تأمين سابق

هل يوجد حوادث سابقة في حال نعم يرجى ذكر التاريخ و نوع الحادث

**التغطية المطلوبة**

* **الاضرار المادية الجزئية**
* **الخسارة الكلية**
* **السرقة**
* **الحريق**
* **الاضرار التي يتعرض لها سائق المركبة**
* **التحمل**

**مع تحمل**

**بدون تحمل**

المنطقة الجغرافية

* سورية
* سورية و لبنان
* سورية و لبنان و الاردن

خاص بالتأمين الصحي