



شركة برقان للتأمين ش.م.ل  
Burgan Insurance Co. s.a.l.

..... إسم الشخص المطلوب تأمينه:  
 ..... الجنس: ذكر  أنثى   
 ..... العنوان: المدينة: ..... الشارع: .....  
 ..... صلة القرابة مع حامل العقد : .....  
 ..... إسم حامل العقد : .....  
 ..... مطلق  متزوج  أعزب  ..... الحاله الشخصية: .....  
 ..... تاريخ ومكان الولادة : .....

<b>البرنامج الإضافي للفحوصات الخارجية</b> <input type="checkbox"/>	<b>البرامج الصحية المطلوبة :</b> <input type="checkbox"/>
<b>ضمان إجتماعي:</b> <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<b>درجة الضمان الصحي المطلوب :</b> <input type="checkbox"/> أولى <input type="checkbox"/> ثانية <input type="checkbox"/> ثالثة

يرجى وضع إشارة ✓ في خانة نعم أو لا في المربع المقابل للحالات التي تعانون منها حالياً أو عانتم منها خلال حياتكم

إذا كان الجواب نعم على أي من الأسئلة المذكورة أعلاه، يرجى توضيح المشكلة والعلاج اللازم أو المطلوب:

تفاصيل عن العلاج اللازم أو المطلوب	ال مشكلة	الرقم
العنوان ورقم الهاتف:	الاسم:	الطبيب المعالج

هل سبق أن رُفض لك طلب تأمين، أو هل أن مثل ذلك الطلب قد أرجىء البت فيه أو صنف بتعريفة أعلى من القسط العادي أو عدّل أو ألغى؟ نعم □ لا □  
إذا أجبت بنعم، إسم شركة التأمين: .....

أنا الموقع أذنأه أؤكد على مسؤوليتي أن كافة الأجوبة أعلاه صحيحة ودقيقة وكاملة وأوافق على إبطال عقد التأمين نتيجة لاختفائي لأية معلومات كانت قد تؤثر على قرار الشركة بقبول طلب التأمين.  
أني أمنح الشركة بموجب هذا الطلب والتصريح تفويضاً كاملاً ونهائياً للإستعلام عن حالي الصحية وأطلب من أي طبيب أو مرضة أو مستشفى أو مؤسسة طبية أن تزود الشركة ومندوبها بكل المعلومات الصحية المتوفرة والمتعلقة بشخصي والتي يعلمون بها أو المحفوظة في ملفاتهم وقريدهم الطبيبة. ومن أجل هذا أوافق على التنازل عن حقي بالسريعة الطيبة لصالح الشركة ومندوبها وعلى منح آية نسخة من هذا النصر بـ نفس صلاحية التصريح الأصل . لا يعتبر هذا العقد نافذ المفعول إلا بعد دفع ما ينتهي من أقساط مالية

الاسم: ..... التاريخ: ..... الامضاء: .....