

اسم حامل الوثيقة (المتعاقد): طبعة المهنة:

اسم المنتسب (الموظف): تاريخ الانساب للعمل:

الحالة الاجتماعية: عدد الأولاد:

درجة التأمين:

عنوان ورقم هاتف مقدم الطلب:

بيانات المطلوب التأمين عليهم:

الاسم الكامل	صلة القرابة	تاريخ الميلاد يوم / شهر / سنة	الجنس ذكر / أنثى	الوزن كغم	الطول سم	الرقم الوطني (أو رقم جواز السفر لغير الأردنيين)
	نفسه / نفسها					
	الزوجة / الزوج					
	معال					
	معال					
	معال					
	معال					
	معال					

حسب أفضل علمك واعتقاداتك هل سبق لك أو لأحد معاليك أن تم تشخيصهم، أو شعروا بأعراض أو الآم أو حصلوا على استشارة طبية أو تلقوا علاج لأي من الحالات التالية:

لا	نعم	لا	نعم

في حال كانت الإجابة (نعم) لأي من الحالات السابقة للموظف أو لأحد معاليه، الرجاء ذكر التفاصيل مع توضيح اسم الشخص المعني بهذه الحالة. (في حال لم يكن الفراغ أدناه يمكن الكتابة على ظهر الطلب).

أنا الموقع أدناه أصرح وأوافق بالأصالة عن نفسي وبالنيابة عن أعليهم أنه وحسب أفضل علمي واعتقادي، أن المعلومات الواردة في هذا الطلب وتلك الواردة في أية بيانات متعلقة به أو أية فحوصات طبية مطلوبة هي صحيحة وكاملة، وإن الإجابات والبيانات المذكورة في هذا الطلب تشكل جزءاً لا يتجزأ من العقد، وأوافق أنه لن يتم صرف أي تعويض بموجب عقد التأمين عن أية مصاريف طبية ناشئة عن أي اعتلال سابق لتاريخ هذا الطلب ولم يصرح به بتاريخ هذا الطلب وإن إخفاء المعلومات أو الإدلاء بأي معلومات خاطئة من شأنه إلغاء اشتراكي بالتأمين وأقر بأنني قد اطلمت على الشروط العامة للتأمين وموافق عليها. كما أنني أفوض شركة التأمين أو من تفوضه بالتأكد من صحة هذه البيانات والمعلومات والحصول على أية معلومات أخرى تحتاجها نتيجة لمطالبات تنشأ عن هذا العقد من أي جهة كانت (طبيب، مستشفى، شركة.... الخ) وأجيز لتلك الجهات التصريح عن المعلومات التي لديها عن صحتي وحالتي المرضية دون أي تحفظ.

توقيع وختم حامل الوثيقة: توقيع مقدم الطلب: التاريخ: