



هاتف : ٥٦٠٠٢٠٠ (٩٦٢-٦) ٣٠ خط، فاكس : ٥٦٦٣٠٠٠ (٩٦٢-٦) ص.ب: ٣٢٧٢ عمان ١١١٨١ الأردن  
TEL: (+962-6) 5600200 FAX: (+962-6) 5663000 P.O.Box 3272 Amman 11181 Jordan  
www.jofico.com — E-mail: life@jofico.com

ص (١)

## نظام تأمين جماعي

## طلب تأمين وبيان صحي

اسم المشترك بالبرنامج :	تاريخ الميلاد	الطول :	الوزن :
مبلغ التأمين	الجنس :	الجنسية :	
المهنة ( المهني ) بالتفصيل :	العنوان :		
المستفيد وصلته :			
١- اذكر بالتفصيل الامراض والحوادث واي عاهة تعرضت لها او اصبحت بها أو استشرت طبيباً او اي جهة طبية من اجلها خلال العشر سنوات الماضية : ذاكراً للطبيب / الجهة الطبية :			
٢- هل بك او تعاني من عيب او علة جسدية او مرضية ( اذكر مفصلاً ) ؟			
٣- هل تفكر بمغادرة البلاد او القيام باية رياضة او هواية خطيرة كالغطس ، الطيران الشراعي ، مسابقات السرعة من اي نوع... الخ ؟			
٤- هل سبق ان قبل ، او رفض لك اي طلب تأمين او قبل بشروط خاصة ؟			
٥- للاناث : هل انت حامل ؟ وبأي شهر ؟			
أ - مقدار الاستهلاك اليومي للتدخين : ب - مدى تعاطي المشروبات الروحية :			
سجل العائلة :			
العمر	الوضع الصحي	سبب الوفاة في حال حدوثها	
الاب		الاخوان	
الام		الاخوات	

انني اعلن واتعهد بان جميع البيانات المذكورة اعلاه صحيحة وانني وافق على ان جميع الاقرارات المذكورة ستكون اساساً للعقد وافوض الشركة الاردنية الفرنسية للتأمين المساهمة المحدودة و / او من تفوضه بالتأكد من صحة هذه البيانات والمعلومات من اي جهة كانت ( طبيب ، مستشفى ، شركة ، ... الخ ) واجيز لتلك الجهة التصريح عن المعلومات التي لديها عن صحي دون اي تحفظ.  
التاريخ : / / التوقيع :

تعباً من قبل رب العمل / صاحب الاشتراك

الراتب الشهري او مبلغ التأمين :	
تاريخ التحاق الموظف بالعمل :	تاريخ دخوله في برنامج التأمين الجماعي : / /
الاقساط :	١- طريقة الدفع : ٢- المشاركة بالقسط : % الموظف % رب العمل
اسم رب العمل :	
العنوان :	توقيع رب العمل /
	والخاتم الرسمي
لاستعمال شركة التأمين	

