

طلب تأمين ضد الحوادث الشخصية

اسم طالب التأمين: تاريخ الميلاد: الطول: الوزن:
العنوان: هاتف: رقم الهوية:
مهنة المؤمن عليه: جنسه: جنسيته: راتبه الشهري:
العنوان: تلفون:
مكان العمل: ص.ب:
مبلغ التأمين: مدة التأمين: من: إلى:
المستفيدون في حالة وفاة المؤمن عليه: صلة القرابة بالمؤمن عليه:

البيان الشخصي للمؤمن عليه

(يرجى الإجابة عليه بدقة لأهميته في تقدير الخطر وقبول التأمين)

1	هل أنت مصاب بعيب خلقي أو علة جسدية أو مرضية؟
2	اذكر بالتفصيل الأمراض والحوادث وأية عاهة تعرضت لها أو أصبت بها أو استشرت طبيياً أو أية جهة طبية من أجلها خلال العشر سنوات الماضية؟
3	هل تفكر بمغادرة البلاد أو الإقامة خارجها؟
4	هل تمارس أية نشاطات غير اعتيادية أو تمارس أية رياضة أو هواية خطيرة كالغطس، الطيران الشراعي، مسابقة السرعة من أي نوع ... إلخ؟
5	هل تتناول المشروبات الروحية؟ وهل عولجت يوماً أو تعالج الآن كمدمن على الكحول أو المخدرات؟
6	أ- هل لديك تأمين الآن وأين؟ أذكر قيمته؟ ب- هل رفض لك تأمين، أو إعادة سريانه، أو أرجئ، أو قبل بشروط خاصة؟

التغطيات التأمينية	نسبة التعويض من مبلغ التأمين	مبلغ التأمين
1 الوفاة بالحادث	100 % من مبلغ التأمين	
2 العجز الكلي الدائم بحادث	100 % من مبلغ التأمين	
3 العجز الجزئي الدائم بحادث	حسب الجدول الموضح في الوثيقة	
4 النفقات الطبية الناجمة عن حادث	5 % من مبلغ التأمين	
5 التعويض الأسبوعي بحادث	6 بالألف من مبلغ التأمين وبحد أقصى 500 دولار.	
الحد الأقصى لدفع التعويضات: 52 أسبوع.		
يبدأ دفع التعويض من الأسبوع الثاني لوقوع الحادث.		

أشهد أن البيانات المذكورة أعلاه التي أدليت بها صحيحة ومطابقة للواقع، ولم أخف أية معلومات تؤثر على تقدير الشركة للأخطار المطلوب تغطيتها، وأوافق على أنه إذا أثبت أن المعلومات المقدمة مني غير صحيحة أو أنني أخفيت معلومات مؤثرة في تقدير الخطر، فإن حقي في التعويض يسقط وأعفي الشركة من أية مسؤولية.

كما وأوافق على أن يكون الطلب أساساً لعقد التأمين وجزءاً لا يتجزأ منه.

كما أقر بأن مسؤولية الشركة لا تبدأ إلا بعد قبولها طلب التأمين خطياً و/أو إصدار الوثيقة.

وقع هذا الطلب في: توقيع المتعاقد: توقيع المؤمن عليه:

بتاريخ: