

طلب تأمين جماعي على الحياة (فردى) الجامعة الأميركية في بيروت

الوكيل:

مع اسئلة طبية

المتعاقد: الجامعة الأميركية في بيروت

أ- التصريحات الشخصية. (الرجاء إكمال هذا الطلب بالحروف الواضحة وبقلم حبر. على طالب التأمين أن يوقع بجانب أية حذفات قد يجريها على هذا الطلب).
و 1- الاسم الثلاثي للشخص المطلوب التأمين عليه (كما ورد في الوثائق الرسمية):

رقم بطاقة الجامعة:

الجنسية:

مكان وتاريخ الولادة:

السن:

ذكر

أنثى

رقم السجل:

رقم جواز السفر:

رقم الهوية:

أرمل مطلق

متزوج أعزب

و 2 - عنوان السكن الحالي:

المدينة/البلدة:

الشارع أو الحي:

اسم البناية والطابق:

ص.ب.:

الخليوي:

تلفون:

البلد:

المهام اليومية:

و 3 - المهنة:

ب- تفاصيل التأمينات المطلوبة

المستفيد	المنافع	مبلغ التأمين
الاسم <u>العمر</u> <u>العلاقة</u>	وفاة طبيعية	<input checked="" type="checkbox"/> 2 x الراتب السنوي *
	وفاة من جراء حادث	<input checked="" type="checkbox"/> 3 x الراتب السنوي *
	العجز الكلي الدائم المسرّع من حادث (نفس العمل أو عمل مشابه)	<input checked="" type="checkbox"/> 3 x الراتب السنوي *
	العجز الجزئي الدائم من حادث	<input checked="" type="checkbox"/> 3 x الراتب السنوي *
	مخاطر الحرب (وفاة وعجز كلي أو جزئي دائم نفس العمل أو عمل مشابه)	<input checked="" type="checkbox"/> 2 x الراتب السنوي *

* و ذلك ضمن الأطر المحددة في بوليصة التأمين الجماعي

العملة: _____ دولار أميركي

ج- أسئلة عامة

لا نعم

و 1- هل رفض لك طلب تأمين حياة أو حوادث أو صحي أو رفض طلب إعادة سريان أو هل مثل ذلك الطلب قد ارجىء البت فيه أو صنف بتعرفة اعلى من القسط العادي أو عدل باي طريقة أو الغي؟

لا نعم

و 2- هل أنت عضو في أي قوات مسلحة، وهل تمارس أو تنوي ممارسة أي نوع من السباقات، الغطس تحت الماء، الغطس الجوي، أو أي نوع آخر من رياضة أو هواية خطيرة، أو الطيران في وسائل نقل جوية إلا كمسافر عادي على خطوط جوية تجارية عادية؟ إذا نعم، نرجو تعبئة الإستمبيان المناسب.

لا نعم

و 3- هل تخطط أو تنوي أن تسافر خلال الأشهر ال 12 القادمة وتقيم في مكان غير بلد إقامتك الحالية؟ إذا نعم، الرجاء إعطاء التفاصيل كما هو مبين أدناه:

لا نعم

البلد: _____ التاريخ التقريبي للسفر: _____ السبب: _____ مدة الإقامة: _____

د- التصريحات الطبية

1- اسم وعنوان الطبيب الخاص أو طبيب العائلة في حال وجوده: _____

تاريخ آخر زيارة : _____
السبب : _____
النصيحة التي تلقيتها: _____
الطول: _____ سم
الوزن: _____ كلغ

- 2- هل تلقيت اي معالجة طبية او جراحة او قمت باي فحوصات طبية سواء خارج او داخل مستشفى او تمت نصيحتك بإجراء اي فحوصات تشخيصية، او دخول مستشفى او إجراء اي عملية جراحية ولم تقم بها؟
 لا نعم
- 3- هل تم تشخيصك معالجتك او خضعت لأي عملية جراحية فيما يتعلق بحمي الروماتيزم، نوبة قلبية، ألم في الصدر، جلطة دماغية، أو أي علة في الجهاز الدوري، سرطان، ورم، مرض التهاب الكبد او اي علة في الكلية او الحالب او الجهاز البولي، سكري او اي علة في الغدد وإفرازاتها، الجهاز الباطني او التناسلي، اي مرض او علة في الدم او الجهاز التنفسي، شلل أو أي علة في الجهاز العصبي أو إدمان على الكحول أو المخدرات أو علة أو مرض آخر لم يذكر أعلاه؟
 لا نعم
- 4- هل تلقيت استشارة طبية أو علاج متعلق بالإيدز أو بمركب متصل بالإيدز أو بمرض جنسي معد أو هل قيل لك أنك تعاني من أي منها، أو هل أجريت فحصاً أظهر وجود فيروس الإيدز، أو شعرت بإرهاق لا تفسير له، فقدان في الوزن، اسهال، أو افات جلدية غريبة؟
 لا نعم
- 5- هل أصيب أي من أفراد عائلتك بالسكري، ارتفاع في ضغط الدم، أمراض القلب، السل، مرض عقلي أو بأي مرض متعلق بمرض الإيدز؟
 لا نعم
- 6- هل دخنت سجاير أو أي أنواع أخرى من التبغ خلال ال 12 شهراً الماضية؟ إذا نعم، اذكر العدد باليوم: _____
 لا نعم
- 7- للإناث: هل حصل لك أي مضاعفات عند الولادة أو هل أنت حامل في الوقت الحالي؟ في حال كنت حامل، كم شهر؟ _____
 لا نعم

إذا كانت الإجابة "نعم" لأي من الأسئلة أعلاه الرجاء إعطاء التفاصيل كما هو مبين أدناه

رقم السؤال	التاريخ	أسماء الأطباء/المستشفيات، سبب الإستشارة/الفحص، نتائج الفحوصات، التشخيص والعلاج، الحالة الصحية الحالية

هـ بيانات

أصرح بأن جميع الإفادات والإجابات الواردة في هذا الطلب وتلك المطلوبة في أي فحص طبي أو أية استبيانات أو تعديلات هي كاملة، تامة وصحيحة وتفيد جميع الفرقاء المعنيين في البوليصة المطلوبة.

أتفهم أن أية إجابة أو إفادة غير صحيحة أو ألتكتم عن إعطاء معلومات هامة قد تؤدي إلى إبطال وإلغاء التأمين.

إنني بموجبه أعفي كل طبيب و/أو مستشفى و/أو عيادة و/أو شركة تأمين و/أو أية مؤسسة أخرى لديها سجلات أو معلومات عني من موجب السرية المهنية وأجيز لهؤلاء الأشخاص و/أو الهيئات إعطاء شركة فيدلتي اشورنس أند ريانشورنس كومباني ش.م.ل. جميع المعلومات وصور عن السجلات المتعلقة بي العائدة للصحة و/أو التاريخ الطبي و/أو أية إقامة في المستشفى و/أو إستشارة طبية، تشخيص، علاج، مرض و/أو علة. كما إنني افوض فيدلتي اشورنس أند ريانشورنس كومباني ش.م.ل. بالحصول، من أي مصدر تراه مناسباً، على أية معلومات تتعلق بوضعي المالي و/أو المهني و/أو الشخصي، بالإضافة إلى أية معلومات متعلقة بتاريخ قيادتي للسيارات، إن أية صورة عن هذا التنازل والترخيص تعتبر صحيحة كالأصل.

هام: قبل التوقيع على هذا الإقرار، نرجو التأكد بأن جميع إجاباتك المدونة في هذا الطلب هي صحيحة وكاملة وبأن البيانات المدلى بها انفا هي مفهومة بشكل تام. إن أية إجابة غير كاملة يمكن أن تؤدي إلى إبطال وإلغاء التأمين.

التاريخ _____
المدينة / البلد _____
الإسم الكامل وتوقيع الشخص المطلوب التأمين عليه _____

توقيع وختم المتعاقد