

تصريح عن الحالة الصحية وطلب إعادة سريان مفعول وثيقة تأمين (بوليصة) منتهية

يؤشر على أي طلب آخر من ما يلي : التغيير في البرنامج أو المبلغ إزالة أو تخفيض التعرفة الإضافية

زيادة مبلغ التأمين إضافة عقود إضافية

(معلومات يجب أن تملأ من قبل مالك وثيقة التأمين عند تقديم الطلب)

(يتوجب تعبئة وإرفاق ملحق معلومات مالك الوثيقة مع هذا الطلب)

رقم وثيقة التأمين (البوليصه) :

إسم مالك وثيقة التأمين (البوليصه) حسب الوثائق الرسمية :

المعلومات الشخصية لجميع المؤمن عليهم (بما فيه مالك البوليصه وزوجته إن وجد)

العلاقة مع مالك التأمين	الإسم	الجنسية	الرقم الوطني	تاريخ الميلاد	الوزن	الطول	إسم رب العمل	طبيعة العمل	المهنة والواجبات اليومية
إسم المؤمن له / مالك التأمين									
إسم الزوج / الزوجة									
إبن / إبنة									
إبن / إبنة									
إبن / إبنة									
إبن / إبنة									

تصريحات يجب عليها طالب التأمين وتشمل جميع المؤمن عليهم في نفس وثيقة التأمين (البوليصه) : إذا لم يتم تأكيد التصريحات يتم إدراج التفاصيل في خانة استثناءات للتصريحات أدناه :

أنا الموقع أدناه أصرح بأنني وكافة المشمولين في التأمين في وثيقة التأمين (البوليصه) أنه ، منذ كنت / كنا يوم تقدمت بطلبي للحصول على وثيقة التأمين (البوليصه) :

- لم يطرأ أي تغيير أو تعديل في مكان إقامة أي منا، أو في عمله، أو طبيعة عمله، أو هواياته أو وضعه المالي.
- لم يطلب تأميناً جديداً أو تغييراً في البرنامج أو إعادة السريان، ولم يقبل أي طلب أو تأجيل أو سحب أو عدل عيناً أو مبلغاً أو فئة.
- لم يتم رفض لي أو للمذكورين أعلاه طلب تأمين حياة أو حوادث أو صحي أو رفض طلب إعادة سريان أو أن مثل ذلك الطلب قد أرجىء البت فيه أو صنف بتعرفة أعلى من القسط العادي أو عدل بأي طريقة أو ألغى.
- لم يصب أحد منا بأي مرض ولم يقع له أية إصابة جسمانية، ولم يجري أية فحوصات طبية بما فيها فحوصات الدم المتعلقة بفيروس نقص المناعي البشري (الإيدز).
- لا نعتزم السفر خلال الإثني عشر شهراً القادمة.
- أ- لا نعتزم السفر إلا كمسافر عادي على متن طائرة تجارية للركاب وعلى خطوط تجارية عادية.
- ب- لا نمارس ولا نعتزم أن نمارس أي نوع من الهوايات الخطرة مثل الغوص تحت الماء، تسلق الجبال، الهبوط بالمظلة.....إلخ.

إذا كان أحد المشمولين في التأمين يعتزم السفر، فيما يلي التفاصيل :

الإسم	جهة السفر / المدينة، الدولة	الغرض من السفر	المدة المزمع قضاءها

٦ إذا كانت المؤمن لها / عليها أنثى، أصرح أنها : غير متزوجة ليست حامل حاملاً منذ شهر

٧ هل تدخن السجائر نعم لا العدد يومياً

٨ إنني/إننا بصحة جيدة، ولا نعتزم طلب إستشارة طبية أو إجراء فحوصات طبية.

٩ معدل الدخل الشهري خلال الإثني عشر شهر الماضية :

الرقم	الإستثناءات / التفاصيل

١٠ السيرة المرضية للعائلة : (الرجاء ذكر المعلومات العائلية في الجدول أدناه)

أفراد العائلة	السن	الحالة الصحية / سبب الوفاة	العمر عند الإصابة بالمرض	السن عند الوفاة
الأب				
الأم				
الإخوة و الأخوات				
عدد الأحياء				
عدد المتوفين				

١١ أذكر مجموع مبالغ التأمين (الحياة والحوادث الشخصية) السارية المفعول على حياة المطلوب التأمين عليه (مع الشركة و/أو شركات أخرى) □ دينار □ دولار

رقم البوليصة	الشركة	مبلغ التأمين	نوع التأمين	القسط السنوي

تصريحات عامة :

SMS : أوافق على قيام الشركة باستخدام رقم هاتفي الخليوي المذكور في طلب تحديث معلومات العميل لتوصيل أي معلومات أو بيانات تتعلق ببوليصة (بوالص) التأمين الخاصة بي لدى الشركة من خلال خدمة ميتلايف للرسائل القصيرة. (SMS) كما اتعهد بإبلاغ الشركة خطياً في حال فصل أو تغيير رقم الهاتف الخليوي الذي يستقبل هذه الخدمة أو فقدان أو سرقة بطاقة الهاتف الخليوي ليتسنى للشركة تعديل أو وقف الخدمة. واني أتفهم بأن الشركة ستبدل كل عنايتها عند إرسال واستقبال هذه البيانات / المعلومات وتتخذ الإحتياطات المناسبة لضمان أمن وسلامة وخصوصية البيانات الشخصية للعميل. وأوافق على استقبال جميع الرسائل المرسله لي من الشركة على رقم هاتفي الخليوي المحدد في الطلب وتعتبر جميع الرسائل المرسله على هذا النحو قد سلمت لي وتحت مسؤوليتي الكاملة منذ لحظة إرسالها. لذا ما أتفهم وأوافق على عدم مسؤولية الشركة عن أي ضرر أو خسائر أو تكاليف أو مصاريف اتكبدها نتيجة إحتيال أو سرقة أو تزوير أو إتلاف أو استخدام غير سليم أو غير مرخص للوصول الى المعلومات الشخصية المتعلقة ببوليصة التأمين أثناء تمرير البيانات / المعلومات من خلال الرسائل القصيرة. ولا تتحمل الشركة أية مسؤولية عن تأخير تسليم أو عدم تسليم الرسالة بسبب خلل أو عطل فني أو عطل في الشبكة لأي سبب من الأسباب.

الخصوصية ونقل المعلومات : مالك البوليصة و/أو المؤمن عليه يوافق على قيام الشركة وموظفيها ووكلائها ("ممثلو الشركة") في (أ) جمع ومعالجة وتخزين واستخدام ونقل والكشف على والتصرف بجميع المعلومات المتعلقة ببياناته الشخصية، بصورة مباشرة أو غير مباشرة، من أجل الوفاء بأي التزام تخضع له الشركة في الأردن و/أو خارج الأردن عندما تكون هذه المعالجة و/أو الاستخدام، و/أو النقل و/أو الإفصاح ضرورية لتنفيذ العقد المبرم بينه وبين الشركة و/أو (ب) مشاركة، نقل، كشف، أو تسهيل الوصول إلى بياناته الشخصية، مع أي طرف ثالث داخل الأردن و/أو خارج الأردن كلما تستدعي الحاجة وفقاً لتقدير الشركة وعندما تكون هذه المشاركة، ويكون هذا النقل، وهذا الكشف ضرورياً لتنفيذ الشركة و/أو أي من الشركات التابعة لها أو المالكه لها التزاماتها التعاقدية و/أو لتقيدها بالأنظمة والقوانين المرعية الإجراء داخل الأردن و/أو خارجه.

كما أن مالك البوليصة و/أو المؤمن عليه يوافق على قيام الشركة بالحصول من المشاركة مع أي طرف آخر داخل أو خارج الأردن وفقاً لما تراه مناسباً، على أية معلومات تتعلق به و/أو بأفراد عائلته مالية كانت و/أو مهنية و/أو شخصية بهدف تنفيذ أحكام بوليصة التأمين وتحصيل أقساط التأمين العائدة لبوليصته أو بوالصه مع الشركة و/أو بهدف تنفيذ التزاماتها القانونية و/أو التعاقدية في الأردن و/أو خارج الأردن.

التحديدات والاستثناءات المتعلقة بالعمولات الدولية والمحلية : أقر وأتفهم بأنه لن يتم توفير التغطية التأمينية ولن يتم سداد دفعات بموجب عقد التأمين في حال: (١) كان صاحب الوثيقة أو المؤمن عليه أو الشخص المؤهل لتلقي هذه الدفعات مقيماً في دولة مفروض عليه عقوبات، (٢) كان صاحب الوثيقة أو المؤمن عليه أو الشخص المؤهل لتلقي هذه الدفعات مدرجاً اسمه على قائمة المنظمات أو الأشخاص المحظور التعامل معهم تجارياً الخاصة بمكتب الرقابة على الأصول الأجنبية أو أي قائمة عقوبات دولية أو محلية أخرى، (٣) كانت المطالبة لسداد قيمة أي خدمات متلقاة في أي دولة خاضعة للعقوبات. كما أقر وأتفهم بأن الشركة لن تتحمل أي مسؤولية عن دفع قيمة أي مطالبة أو توفير أي تغطية أو منفعة في حال أن دفع هذه المطالبة أو توفير هذه التغطية أو المنفعة يعرض الشركة لأي عقوبة أو حظر أو قيود بموجب قرارات الأمم المتحدة أو العقوبات التجارية أو الاقتصادية أو القوانين أو الأنظمة المعمول بها في الاتحاد الأوروبي أو المملكة المتحدة أو الولايات المتحدة الأمريكية أو أي قوانين أخرى نافذة.

FATCA : مالك البوليصة و/أو المؤمن عليه يقر ويفيد بأنه على علم ويوافق على أنه ولغرض أحكام قانون الالتزام بضريبة الحسابات الأجنبية (FATCA) - وهو قانون أمريكي مصمم لتحديد الملكية الأمريكية للحسابات الأجنبية في مؤسسات مالية غير أمريكية، بما يشمل الصناديق الغير أمريكية - يقوم بموجب هذا بتفويض الشركة (معاً مع موظفيها، ومستخدميها ومندوبيها)، بصفتها حامل بوليصة تأمين لدى الشركة بمعالجة ونقل أي من بياناته الشخصية إلى IRS الأمريكية (خدمة العوائد الداخلية في الولايات المتحدة الأمريكية) بما فيها اسمه وعنوانه ورقم الهوية الضريبية/ رقم الضمان الاجتماعي وصيد الحساب الخاص بالبوليصة عند استلام الطلب الرسمي من IRS الأمريكية في هذا الشأن. وبالتالي، فإن مالك البوليصة و/أو المؤمن عليه يتنازل عن حقه في السرية بشأن المعلومات أعلاه وأي معلومات شخصية أخرى والتي قد يتم الإفصاح عنها من قبل الشركة لغرض الالتزام بمتطلبات FATCA.

يوافق مالك البوليصة و/أو المؤمن عليه على إخلاء وحجب الضرر عن الشركة (معاً مع موظفيها ومستخدميها ومندوبيها) من أي وكافة المطالبات أو الإجراءات أو الأضرار من أي نوع ناشئ عن أو بأي طريقة مرتبط بإصدار و/أو استخدام المعلومات أعلاه بموجب هذا التنازل. يكون مالك البوليصة و/أو المؤمن عليه ممثلاً للشركة اذا تم إعلامه بأي افصاح يخص بياناته قد يتم لـ IRS الأمريكية طبقاً لبنود هذا التنازل. وايضا فإن مالك البوليصة و/أو المؤمن عليه أخذ علماً ويوافق على أنه يحق للشركة اقتطاع قيمة أية مبالغ تكون مستحقة بموجب أحكام قانون FATCA.

كما أن مالك البوليصة و/أو المؤمن عليه أخذ علماً ويوافق على أنه يحق للشركة وفقاً لتقديرها المطلق إنهاء عقد التأمين إذا لم يتمكن من تزويدها في وقت مناسب بالمستندات والمعلومات الكافية فيما يتعلق بإثبات ما اذا كان مواطن اميريكي من عدمه. وادا ما كان استطاع أية مبالغ أو الإفصاح عن أية معلومات ضمن هذا الإقرار مخالفاً لأية قوانين أو أنظمة مطبقة في الأردن، يكون للشركة الحق المطلق بإنهاء عقد التأمين دون أن يترتب على ذلك أية مسؤولية أو تعويض من أي نوع كان على الشركة.

لقد دفعت مبلغ _____ بموجب □ شيك رقم _____ □ نقداً على حساب طلب إعادة سريان وثيقة التأمين المذكورة رقمها أعلاه.

مؤرخ في (البلد) _____ بتاريخ _____ من شهر _____ سنة _____ .

إسم مالك التأمين بخط يده مفتوح وتوقيع

إسم المؤمن عليه سن ١٦ فما فوق بخط يده مفتوح وتوقيع

إسم وتوقيع الشاهد