

استمارة تأمين الحياة الفردي

الاسم الثلاثي للمتعاقد / مالك الوثيقة :	
العنوان المختار للتبليغ :	
هاتف المنزل :	هاتف العمل :
رقم الجوال :	رقم الجوال :
الاسم الثلاثي للمؤمن عليه :	
العنوان المختار للتبليغ :	
هاتف المنزل :	هاتف العمل :
رقم الجوال :	رقم الجوال :
الجنسية :	مكان وتاريخ الميلاد بالتفصيل :
المهنة بالتفصيل :	هل انت مدخن؟ نعم لا عدد السجائر في اليوم :
الطول : سم	الوزن : كغ
مقدار الزيادة أو الخسارة بالوزن السنة السابقة :	
الطبيب الخاص (الاسم والعنوان والهاتف) :	

نوع التأمين :

1. تأمين حياة مؤقت | 2. تأمين حياة للقروض

مبلغ التأمين (رقماً) :	ل.س	دولار امريكي
مبلغ التأمين (كتابة) :		
يرجى اختيار التغطية المطلوبة:		
DAC	1. منفعة الوفاة (الوفاة الطبيعية و نتيجة مرض ونتيجة حادث)	
ADB	2. منفعة الوفاة بحادث (ضعف مبلغ التأمين)	
PTD (A&S)	3. منفعة العجز الكلي الدائم نتيجة حادث أو نتيجة مرض	
PTD (A)	4. منفعة العجز الكلي الدائم نتيجة حادث (ضعف مبلغ التأمين)	
PPD (A)	5. منفعة العجز الجزئي الدائم نتيجة حادث	
TTD (A)	6. منفعة العجز الكلي الدائم المؤقت (نتيجة حادث)	
52 weeks 104 weeks	الدخل الشهري في حال اختيار هذه المنفعة	
75% of weekly salary, max 50,000sp	مدة التأمين المؤقت المطلوبة (من 1 سنة إلى 20 سنة) :	
تاريخ بدء التأمين :		

3. تأمين حياة مع ارتجاع الأقساط

المنافع المغطاة هي :	
1. منفعة الوفاة (الوفاة الطبيعية أو نتيجة مرض أو حادث)	
2. منفعة العجز الكلي الدائم نتيجة حادث	
يرجى اختيار مبلغ التأمين المطلوب:	
مبلغ التأمين	1,500,000
2,500,000	5,000,000
7,500,000	10,000,000
يرجى اختيار مدة التأمين :	
نسبة استرداد القسط 60 %	3 سنوات
نسبة استرداد القسط 70 %	5 سنوات
نسبة استرداد القسط 80 %	7 سنوات
تاريخ بدء التأمين :	

أسماء المستفيدين	الصلة بين المؤمن عليه و المستفيد	نسبة توزيع مبلغ التأمين على كل مستفيد
1		
2		
3		
4		

التاريخ :	توقيع المتعاقد :	توقيع المؤمن عليه :
-----------	------------------	---------------------

لا	نعم	
		1. هل أنت الآن بصحة جيدة ومعافى كلياً من أي أمراض جسدية أو عقلية أو أي تشوهات؟
		2. هل عانيت سابقاً أو تعاني حالياً من : أ- أمراض جهاز الدوران (مثل : مشاكل قلبية , حمى رئوية , ضغط دم مرتفع , أمراض الشرايين أو الأوردة) ؟ ب- أمراض الجهاز التنفسي (مثل : السل , الربو , سعال مستمر, التهاب رئوي) ؟ ت- أمراض الجهاز البولي التناسلي (مثل: التهابات في الكلى, التهابات في الأعضاء البولية أو التناسلية, حصى بولية, أمراض تناسلية) ؟ ث- أمراض الجهاز الهضمي (مثل : اضطرابات هضمية , قرحات هضمية أو عفجية , التهاب كبد من النمط ب أو اضطرابات كبدية أخرى , خلل في المثانة أو الغدة الصفراوية) ؟ ج- اضطرابات عقلية أو اضطرابات في الجهاز العصبي (مثل : الصرع , غياب عن الوعي , نوبات صداع متكررة , انهيار عصبي) ؟ ح- سكري, سرطان, أمراض دم, الغدد, الطحال, الأذنين, العينين, أو الجلد؟ خ- تعرق ليلي غير مفسر و / أو فقدان في الوزن, ارتفاع حرارة دائم, إسهال مزمن أو متكرر, التهاب أو تورم غدد غير مفسر؟ د- أية أمراض غير مذكورة أعلاه ؟
		3. هل سبق لك أو طلب منك الخضوع إلى علاج في المشفى أو الخضوع لعملية جراحية ؟
		4. هل سبق لك أو طلب منك إجراء تحليل دم خاص بمرض نقص المناعة المكتسب (الايدز), أو لحالة لها علاقة بمرض نقص المناعة المكتسب (الايدز) , أو تم رفضك كمتبرع بالدم ؟
		5. هل استشرت طبيباً أخصائياً لأي سبب , متضمناً الفحوصات الروتينية وتحاليل الدم , أو هل تم نقل دم إليك خلال السنوات الخمسة الماضية ؟
		6. هل تمارس أي شكل من الرياضات الخطرة (مثل الطيران الشراعي , سباق الدراجات النارية , سباق السيارات , الغطس , تسلق الجبال) ؟
		7. إذا أجبت بـ "نعم" على أي من الأسئلة المذكورة أعلاه, الرجاء تدوين التفاصيل (متضمنة التواريخ, الفترات والعلاج المتبع, أسماء وعناوين الأطباء) متضمنة توقيعك على خلف هذا النموذج.
		8. هل استفدت سابقاً من أي منفعة عجز ؟
		9. هل سبق أن تم رفض أو تأجيل أي عرض تأمين حياة سابق لك أو تم قبوله بقسط إضافي؟ ما اسم الشركة؟
		10. هل لديك الآن أي تأمين حياة مع شركة تأمين أخرى؟ ما هو اسم الشركة ومقدار مبلغ التأمين؟
		11. للنساء فقط: هل أنت حامل؟ و في حال نعم في أي شهر

أنا الموقع أدناه أصرح بهذه الاستمارة أن البيانات أعلاه والإجابات كاملة, تامة, وصحيحة. وأوافق على أن تكون أساس إصدار وثيقة تأمين حياة لي والخاضعة لشروط الوثيقة الفردية وجزء لا يتجزأ منها, و الشركة السورية الكويتية للتأمين لن تكون مسؤولة عن أية مطالبة ذات الصلة بمرض , إصابة , أو وفاة والتي كان سببها معروفاً لي سابقاً وقمت بحجبه عنها (في البيانات السابقة) قبل موافقتها على طلب التأمين المقدم من قبلي .

أنا أخول أي طبيب , ممرضة , مسؤول أو موظف في مشفى أن يكشف للشركة السورية الكويتية للتأمين أي وكل المعلومات ذات الصلة بتاريخه الصحي السابق .

توقيع المؤمن عليه :

توقيع المتعاقد :

التاريخ :

