

Syrian Kuwaiti insurance co.

Syrian Shareholders Company
Authorized & Paid up Capital SYP
850,000,000
Est. under the legislative decree
No.43 for 2005
Insurance Cos. registration No.6 - C.R
No.14705



السورية الكويتية للتأمين
شركة مساهمة مغلقة
رأس المال الاسمي و المدفوع 850.000.000 ل.س
خاضعة لأحكام المرسوم التشريعي رقم 43 لعام 2005
سجل شركات التأمين رقم /6 - س.ت: 14705

استمارة تأمين حياة جماعي

اسم المتعاقد / رب العمل :	
العنوان المختار للتبليغ :	
هاتف العمل :	فاكس العمل :
رقم الجوال :	

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

مبلغ التأمين (رقماً) :	ل.س	دولار أمريكي
مبلغ التأمين (كتابة) :		

تاريخ بدء التأمين :	
---------------------	--

يرجى اختيار التغطية المطلوبة:	
منفعة الوفاة (الوفاة الطبيعية أو نتيجة مرض أو حادث)	
منفعة الوفاة نتيجة حادث	
منفعة العجز الكلي الدائم نتيجة حادث	
منفعة العجز الكلي الدائم نتيجة مرض	
منفعة العجز الجزئي الدائم نتيجة حادث	
منفعة العجز الكلي المؤقت نتيجة حادث	
الدخل الشهري في حال اختيار المنفعة.....	
DAC	
A DB	
PTD (A)	
PTD (S)	
PPD (A)	
TTD (A)	
75%of weekly salary , max of 50,000S.P., with max of 52 weeks	

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

التاريخ :	توقيع رب العمل :	توقيع المؤمن عليه :
-----------	------------------	---------------------

لا	نعم
	<p>هل أنت الآن بصحة جيدة ومعافى كلياً من أي أمراض جسدية أو عقلية أو أي تشوهات؟ هل عانيت سابقاً أو تعاني حالياً من : أمراض جهاز الدوران (مثل : مشاكل قلبية , حمى رئوية , ضغط دم مرتفع , أمراض الشرايين أو الأوردة) ؟ أمراض الجهاز التنفسي (مثل : السل , الربو , سعال مستمر, التهاب رئوي) ؟ أمراض الجهاز البولي التناسلي (مثل: التهابات في الكلى, التهابات في الأعضاء البولية أو التناسلية, حصي بولية, أمراض تناسلية) ؟ 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) ؟ اضطرابات عقلية أو اضطرابات في الجهاز العصبي (مثل : الصرع , غياب عن الوعي , نوبات صداع متكررة , انهيار عصبي) ؟ سكري, سرطان, أمراض دم, الغدد, الطحال, الأذنين, العينين, أو الجلد؟ تعرق ليلي غير مفسر و/ أو فقدان في الوزن, ارتفاع حرارة دائم, إسهال مزمن أو متكرر, التهاب أو تورم غدد غير مفسر؟ أية أمراض غير مذكورة أعلاه ؟ هل سبق لك أو طلب منك الخضوع إلى علاج في المشفى أو الخضوع لعملية جراحية ؟ 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 ؟ هل استشرت طبيباً أخصائياً لأي سبب , متضمناً الفحوصات الروتينية وتحاليل الدم , أو هل تم نقل دم إليك خلال السنوات الخمسة الماضية ؟ هل تمارس أي شكل من الرياضات الخطرة (مثل الطيران الشراعي , سباق الدراجات النارية , سباق السيارات , الغطس , تسلق الجبال) ؟ 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. هل استفدت سابقاً من أي منفعة عجز ؟ هل سبق أن تم رفض أو تأجيل أي عرض تأمين حياة سابق لك أو تم قبوله بقسط إضافي؟ ما اسم الشركة؟ هل لديك الآن أي تأمين حياة مع شركة تأمين أخرى؟ ما هو اسم الشركة ومقدار مبلغ التأمين؟ للنساء فقط : هل أنت حامل ؟ و في أي شهر.....</p>

أنا الموقع أدناه أصرح بهذه الاستمارة أن البيانات أعلاه والإجابات كاملة, تامة, وصحيحة. أوافق 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 و قمت 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 بتاريخي الصحي السابق .

التاريخ:	توقيع رب العمل:	توقيع المؤمن عليه :
----------	-----------------	---------------------