

من أجل التقدم بطلب لوثيقة التأمين هذه، يرجى ملء كل جزء من هذه الاستمارة المقترحة ويرجى تقديم معلومات صحيحة وكاملة عن جميع الأسئلة الواردة أدناه. وقد يؤدي الفشل في ذلك الى عدم دفع الاستحقاقات بموجب هذه الوثيقة. ويمكن إكمال استمارة الطلب هذه من قبل المساعد المنزلي و/أو نيابة عنه من قبل صاحب العمل.

### تفاصيل صاحب العمل



الاسم الأول:	<input type="checkbox"/> أنسة	<input type="checkbox"/> سيدة	<input type="checkbox"/> سيد
اسم العائلة:	الاسم الثاني:		
الخط الارضي المباشر:	الهاتف النقال:		
صندوق البريد:	الرمز البريدي:	البريد الالكتروني:	
العنوان:			

### تفاصيل المساعد المنزلي



الاسم الأول:	<input type="checkbox"/> أنسة	<input type="checkbox"/> سيدة	<input type="checkbox"/> سيد
تاريخ الميلاد:	اسم العائلة:		
الجنسية:	رقم بطاقة الهوية الوطنية:		

### التاريخ الطبي للمساعد المنزلي



إذا كانت الإجابة على أي سؤال أدناه هي «نعم»، يرجى تقديم تفاصيل مثل التاريخ والمدة، وعند الاقتضاء، الحالة إذا تم استردادها بالكامل.

لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	١. هل سبق لك أن عانيت من بصر الدم أو أي مرض صدري أو التهاب رئوي، أو أصبت بالسل، الروماتيزم، المتاعب البولية، اضطرابات الأعضاء الداخلية، الربو، السرطان، السكري أو أي مرض عصبي أو معاود؟
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	٢. هل تعاني من ضعف البصر أو السمع؟ هل لديك أي شكاوى تتعلق بالأذن، طبلة أذن مثقوبة أو أي تخريج للأذن؟
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	٣. هل سبق وأن عانيت من أية نوبة أو أي نوع من الشلل؟
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	٤. هل تعاني من أي عيب جسدي أو إعاقة من أي نوع؟
لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/>	٥. هل عانيت خلال السنتين الماضيتين من أي مرض أو حادث آخر تلقيت عنه عناية طبية؟



فترة التأمين:	من:	إلى:
قسط التأمين الأساسي	+ الضرائب	= إجمالي القسط

## إقرار التأمين



- لم يسبق أن رفضت شركة تأمين تغطيتي، أو تقدمت بشروط خاصة، أو تم إلغاء وثيقة لتأمين الحياة أو الحوادث أو الأمراض أو العجز.
  - أقر بانني أمتنع بصحة جيدة وليس هناك ظروف تتعلق بالوظيفة أو العادات أو الأنشطة، مما يجعلني عرضة بشكل خاص للحوادث، المرض أو العجز.
  - أقر بكامل معرفتنا واعتقادنا بأن البيانات والتفاصيل المذكورة في هذه الاستمارة صحيحة وحقيقية وأنني لم اقم بحجب اي معلومات جوهرية مطلوبة في هذا الطلب. وأقر بأن عدم الإفصاح أو تحريف أي معلومة جوهرية قد يؤدي إلى عدم دفع المنافع بموجب هذه الوثيقة وقد يؤدي إلى إلغائها.
- (ملاحظة: عندما يكون هناك أي شك في أن الحقائق تعتبر جوهرية، ينبغي الكشف عن هذه الحقائق).

توقيع المساعد المنزلي	توقيع صاحب العمل
الاسم:	الاسم:
التاريخ:	التاريخ:

## خيارات التغطية التأمينية



مبلغ تغطية التكاليف الطبية / الإعادة إلى الوطن بعد الحوادث والمرض		مبلغ تغطية التكاليف الطبية / الإعادة إلى الوطن بعد الحوادث فقط		المنافع
الفضية □	الذهبية □	البرونزية □	الفضية □	
٥٠٠٠	٣٠٠٠	٥٠٠٠	٣٠٠٠	الحادث العرضي
٥٠٠٠	٣٠٠٠	٥٠٠٠	٣٠٠٠	العجز الكلي الدائم (الناتج عن الحوادث)
٥٠٠٠	٣٠٠٠	٥٠٠٠	٣٠٠٠	العجز الجزئي الدائم (الناتج عن الحوادث)
٢٥ ريال عماني لكل اسبوع ولمدة ٥٢ أسبوعا	٢٠ ريال عماني لكل اسبوع ولمدة ٥٢ أسبوعا	٢٥ ريال عماني لكل اسبوع ولمدة ٥٢ أسبوعا	٢٠ ريال عماني لكل اسبوع ولمدة ٥٢ أسبوعا	العجز الكلي المؤقت (الناتج عن الحوادث)
٢٥٠٠	١٠٠٠	٢٥٠٠	١٠٠٠	التكاليف الطبية
١٠٠٠	٥٠٠	١٠٠٠	٥٠٠	تكاليف إعادة الرفاة/الجنائزة/الدفان
*٨٩	*٦٩	*٣٩	*٢٩	القسط المستحق

\*شاملة الضرائب. وكل المبالغ بالريال العماني

ملاحظات:

- المبلغ المؤمن / الحد هو الحد الأقصى للمبلغ المستحق الدفع في السنة.
- تاريخ سريان وبدء الوثيقة: سيكون تاريخ سريان وثيقة التأمين بعد ٧ أيام من تاريخ الدفع.
- يسري مبلغ التحمل / الاستقطاع ١٠ ريال عماني على كل مطالبة بالتغطية الطبية.
- الحد الأقصى لسرير المستشفى هو ١٠ ريال عماني في اليوم الواحد.
- فيما يتعلق بقسم النفقات الطبية، تخضع الوثيقة لقائمة محددة من مزودي الخدمات الطبية. (يرجى طلب قائمة مزودي الخدمات الطبية المعتمدين من موظف خدمة العملاء).