

هذا التأمين سيوفر لك بناء على طلبك



لا يبدأ سريان مسؤولية مجموعة الخليج للتأمين (الخليج) ش.م.ب. (م) حتى يتم قبول هذه الإستمارة و يتم دفع قيمة القسط. وتحتفظ مجموعة الخليج للتأمين (الخليج) ش.م.ب. (م) بالحق بإضافة شروط خاصة أو رفض هذا الطلب. يرجى الرجوع إلى كتيب وثيقة التأمين للحصول على كافة الأحكام، الشروط والإستثناءات. توفر نسخة من هذه الوثيقة عند الطلب.

يرجى استكمال جميع المعلومات ذات الصلة بشكل كامل و مقروء

بيانات المؤمن له (كما هي مبينة في وثيقة الهوية)



الاسم الاوسط:	الاسم الاول:
نوع الهوية:	اسم العائلة:
تاريخ انتهاء الصلاحية:	رقم بطاقة الهوية:
الحالة الاجتماعية: <input type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/> غير متزوج	الجنس: <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> انثى
بلد الميلاد:	تاريخ الميلاد:
اسم رب العمل:	الجنسية / الجنسيات:
طبيعة عملك الممارس:	طبيعة العمل:
عنوان العمل:	الدخل الشهري:
ارقام اتصال اخرى:	رقم الهاتف الجوال:
	البريد الالكتروني:

بيانات الزوج/الزوجة



الاسم الاوسط:	الاسم الاول:
نوع الهوية:	اسم العائلة:
تاريخ انتهاء الصلاحية:	رقم بطاقة الهوية:
الجنسية / الجنسيات:	تاريخ الميلاد:
	الوظيفة / المهنة للممارسة:

الاطفال المعالين



العمر:	العلاقة:	١.
العمر:	العلاقة:	٢.
العمر:	العلاقة:	٣.
العمر:	العلاقة:	٤.



١.	العلاقة:	العمر:	نسبة الاستفادة%:
٢.	العلاقة:	العمر:	نسبة الاستفادة%:

خيارات البرامج و التغطيات (الرجاء وضع علامة عند البرنامج المناسب فقط)



البرنامج	الفردى	العائلى
الاساسية	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
الاساسية المميزة	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
الفضلة	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
الفضلة المميزة	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

القسط الاساسي: + الاطفال العالين الاضافيين X + الرسوم و الضرائب = اجمالي قسط التامين

إعلان



اقر بأن كل شخص مؤمن عليه:

- بصحة جيدة وخالي من العيوب الجسدية أو العقلية أو العجز ،
- لم يتم رفض طلب تأمينه مسبقا او التجديد أو فرضت عليه شروط خاصة للتأمين ضد الحوادث أو المرض أو التأمين على الحياة ،
- لم يتلق المشورة الطبية أو العلاج فيما يتعلق بمرض الإيدز (متلازمة نقص المناعة المكتسبة) أو اي حالة / علة تتعلق بالإيدز أو مرض ينتقل عن طريق الاتصال الجنسي ،
- لم يتم اعلامه او اعلامها أنه/انها مصاب/ه بالإيدز (متلازمة نقص المناعة المكتسبة) أو (مضاعفات مرتبطة بالإيدز)،
- لم يتم إخباره او اخبارها باي نتائج فحص دم ايجابية لاختبار فيروس نقص المناعة البشرية (نقص المناعة البشرية)
- ليس لديه او لديها أي مما يلي : التعب غير المتوقع ، أو فقدان الوزن ، تضخم الغدد للمفاوية ، أو الإفات الجلدية غير العادية.
- لا ينوي طلب المشورة الطبية أو العلاج أو إجراء أي اختبارات طبية.

لقد قرأت البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه، بموجب ما سبق و وفقاً لمعرفتي واعتقادي، فإن جميع البيانات المذكورة أعلاه صحيحة ولم اقم بحجب أي معلومات جوهرية في هذا الطلب وأوافق على أن يكون هذا الطلب والإقرار أساسا لهذه الوثيقة و العقد بين جي.آي.جي. و بي.بي.

اررقام اية وثائق اخرى مع جي.آي.جي.: يرجى العلم بانه :

- قد يؤدي عدم الافصاح او الكشف عن الحقائق و المعلومات الجوهرية و التي قد تؤثر على تقييم الخطر او على قبول الشركة لطلب التامين او تحديد قسط التامين الى بطل هذه الوثيقة و/او الغائها.
- في حالة وجود أي شك او غير متيقن حول الحقائق التي قد تعتبر جوهرية ام لا ، فيجب عليك الكشف عنها بوضوح.

اسم و شركة وكيل التامين:

توقيع وكيل التامين:	بلد الاصدار:
توقيع مقدم طلب التامين:	تاريخ طلب التامين: