

طلب اشتراك تأمين صحي جماعي

(يجب تعبئة جميع الخانات بدون استثناء، في حال عدم تعبئة أي خانة يعتبر الطلب غير مكتمل)

حامل العقد	الرقم الوظيفي	
تاريخ بداية التأمين	الحالة الاجتماعية	
رقم الهاتف المتنقل للموظف	الدرجة	962-7

صورة المشتركين

(يرجى كتابة الأسماء
خلف الصورة)

الرقم الوطني	صلة القرابة 3-2-1	زمرة الدم	الطول (سم)	الوزن (كغم)	الجنس ذكر / انثى	تاريخ الميلاد يوم / شهر / سنة	أسماء المشمولين في التأمين (الاسم رباعي)	
	1					\ \		1
								2
								3
								4
								5

رموز صلة القرابة : ١ = موظف ٢ = زوج \ زوجة ٣ = ابن / ابنة

هل سبق وأن تم تشخيصك أو تلقيت علاجاً بما في ذلك الحالات التي استدعت الدخول إلى المستشفى أو الجراحة أو شعرت بأي اعتلال أو ألم، عليك و أي من المعالين من إحدى الأمراض التالية :
ملاحظة : على مقدم الطلب الإجابة عن الأسئلة أدناه عن نفسه وبالنسبة عن الزوجة والأولاد وأول المعالين وذكر التفاصيل في المكان المخصص إذا كانت الإجابة "نعم".

نعم / لا	الأمراض	نعم / لا	الأمراض
	11 أمراض الجهاز الليمفاوي		1 الضغط، القلب والأوعية الدموية
	12 الحمل والولادة (الزوجة)		2 أمراض التشوهات الخلقية والوراثية
	13 أمراض الغدد الصماء والسكري		3 السرطان وأمراض الدم
	14 الروماتيزم والمناعة		4 الأمراض العصبية، العقلية والنفسية
	15 العمليات والإجراءات العلاجية السابقة		5 أمراض الكلى
	16 الام الظهر		6 أمراض الجهاز الهضمي
	17 أمراض الجهاز العصبي		7 أمراض الجهاز التنفسي
	18 أمراض الجهاز البولي		8 أمراض الجلد وتوابعه
	19 هل اشتركت أو تنوي الاشتراك في رياضية أو هواية خطره		9 الأيدز
	20 أي اعتلال شكوى مرضية، أمراض غير مذكورة أعلاه		10 أمراض العظام والمفاصل

إذا كانت الإجابة (نعم) اذكر التفاصيل والأسباب والعلاجات في المكان المخصص ورافق التقارير الطبية من الطبيب المعالج

العادات	لا يوجد	استعمال حالي	استعمال سابق	تكرار في اليوم	توقف منذ
التدخين	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
الكحول	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

يرجى إرفاق نسخة عن: ١- دفتر العائلة ٢- التقارير الطبية ووصفات العلاج ٣- هوية أحوال مدنية لجميع المراد تأمينهم والذين أعمارهم تزيد عن ١٦ سنة

- يقر المؤمن له بأن جميع البيانات والمعلومات المقدمة من قبله صحيحة ودقيقة ويتحمل كامل المسؤولية القانونية عن أي إغفال أو تقديم معلومات غير صحيحة أو لا تعكس الواقع وما يترتب على ذلك من آثار وفقاً للتشريعات النافذة وشروط العقد. وبالتوقيع على هذا الطلب فإنه سيتم تفويض أي طبيب مستشفى أو أية جهة أخرى لديها معلومات عن الحالة الصحية للمؤمن له أن يفصح بها للشركة و/أو من تفوضه الشركة.
- أوافق على قيام الشركة الأردنية الفرنسية للتأمين (جوفيكو) على جمع وتخزين ومعالجة أي بيانات شخصية ضرورية لإبرام عقد بيننا وبين الشركة والسماح بمشاركة البيانات الشخصية مع أطراف أخرى، بما في ذلك المتقنين لأغراض تسويقية، ولأغراض العناية الواجبة، وللمدة التي تراها الشركة مناسبة، وسيتم استخدام هذه البيانات الشخصية وفقاً لسياسة الخصوصية الخاصة بالشركة، والتي تحدد نطاق استخدام البيانات الشخصية وكيفية حمايتها وضمان سرية المعلومات. يمكنكم الاطلاع على سياسة الخصوصية على الموقع الإلكتروني لشركة JOFICO: www.jofico.jo
- كما أقر بأنه قد تم إعلامي بحقي الكامل في سحب الموافقة دون أن يؤثر ذلك على قانونية المعالجة التي تمت قبل سحب الموافقة.
- ينصح بضرورة الاحتفاظ بكافة المراسلات والوثائق التي تم مشاركتها مع الشركة الأردنية الفرنسية للتأمين.

توقيع

الموظف :

التاريخ :

توقيع وختم حامل العقد :