



جوفيكيو
JOFICO

الشركة الأردنية الفرنسية للتأمين
Jordan French Insurance Company

طلب اشتراك تأمين صحي جماعي

(يجب تعينة جميع الخاتات بدون استثناء، في حال عدم تعينة أي خاتة يعتبر الطلب غير مكتمل)

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

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 ازوجة ٣ = ابن / ابنة

هل سبق وأن تم تشخيصك او تلقيت علاجا بما في ذلك الحالات التي استدعت الدخول الى المستشفى او الجراحة او شعرت بأي اعتلال او الم ، عليك و اي من المعالجين من احدى الامراض التالية :

ملاحظة : على مقدم الطلب الاجابة عن الاسئلة أدناه عن نفسه وبالنسبة عن الزوجة والأولاد والمعالجين ذكر التفاصيل في المكان المخصص اذا كانت الإجابة "نعم".

نعم / لا	الأمراض	نعم / لا	الأمراض
	أمراض الجهاز الليمفاوي 11		الضغط، القلب والأوعية الدموية 1
	الحمل والولادة (الزوجة) 12		أمراض التشوهات الخلقية والوراثية 2
	أمراض الغدد الصماء والسكري 13		السرطان وأمراض الدم 3
	الروماتيزم والمناعة 14		الأمراض العصبية، العقلية والنفسية 4
	العمليات والإجراءات العلاجية السابقة 15		أمراض الكلى 5
	الام الظهر 16		أمراض الجهاز الهضمي 6
	أمراض الجهاز العصبي 17		أمراض الجهاز التنفسى 7
	أمراض الجهاز البولي 18		أمراض الجلد وتواضعه 8
	هل اشتراكك او تبني الاشتراك في رياضه او هوايه خطره 19		الايدز 9
	اي اعتلال شكوى مرضية، أمراض غير مذكورة اعلاه 20		أمراض العظام والعضلات والمفاصل 10

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

العادات	التدخين	الكافح
توقف منذ	تكرار في اليوم	استعمال سابق
-----	<input type="checkbox"/> -----	<input type="checkbox"/> -----

يرجى إرفاق نسخة عن: ١- دفتر العائلة ٢- التقارير الطبية وتفاصيل العلاج ٣- هوية احوال مدنية لجميع المراد تأمينهم وللذين اعمارهم 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. وبالتالي فإن طلب فإنه سيتم تفريض أي طبيب مستشفى أو أية جهة أخرى لديها معلومات عن الحالة الصحية للمؤمن له أن يوضح بها للشركة وأو من تقوضه الشركة.

أوافق على قيام الشركة الأردنية الفرنسية للتأمين (جوفيكيو) على جمع وتخزين ومعالجة أي بيانات شخصية ضرورية لإبرام عقد بيننا وبين الشركة والسماح بمشاركة البيانات الشخصية مع أطراف أخرى، بما في ذلك المتألفين لأغراض تسويقية، وأغراض العناية الواجبة، والمادة التي تراها الشركة مناسبة، وسيتم استخدام هذه البيانات الشخصية وفقاً لسياسة الخصوصية الخاصة بالشركة، والتي تحدد نطاق استخدام البيانات الشخصية وكيفية حمايتها وضمان سريّة المعلومات. يمكنكم الاطلاع على سياسة الخصوصية على الموقع الإلكتروني لشركة JOFICO: www.jofico.jo. كما أقر بأنه قد تم إعلامي بمحض إصرارك في سحب الموافقة دون أن يؤثر ذلك على قانونية المعالجة التي تمت قبل سحب الموافقة.

ينصح بضوررة الإحتفاظ بكافة المراسلات والوثائق التي تم مشاركتها مع الشركة الأردنية الفرنسية للتأمين.

توقيع وخت حامل العقد : التarih :
_____ المؤلف : _____