

## Life Proposal Form طلب تأمين على الحياة

١- يرجى كتابة الاسم الثلاثي : .....											
٢- يرجى كتابة الاسم الثلاثي بالأحرف اللاتينية : .....											
3- Place & date of Birth (Day / Month / Year) تاريخ ومحل الولادة (اليوم / الشهر / السنة) .....											
4- Sex : ..... الجنس : .....											
5- Marital Status : ..... الوضع الاجتماعي : Single <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Divorced <input type="checkbox"/> Widowed <input type="checkbox"/> أعزب <input type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/> مطلق <input type="checkbox"/> أرمل <input type="checkbox"/>											
6- Full Address : ..... العنوان الكامل : a - Residence ..... الإقامة : Telephone: ..... هاتف: b- Business ..... العمل : Telephone: ..... هاتف:											
7- Profession or Occupation : ..... المهنة أو طبيعة العمل :											
8- What types of sports do you perform : ..... هل تمارس أية نشاطات رياضية ، ما هي :											
9- Height (cm) ..... Weight (Kg)..... الوزن (كغ) .....											
10- Sum Assured : <u>US\$ 160,000.00 (One Hundred Sixty Thousands)</u> ..... مبلغ التأمين : Date of inception : ..... تاريخ بدء التأمين : Duration of the policy : .....10 years..... مدة التأمين : Insurance Premium : <u>US\$ 1,120.00</u> ..... بدل التأمين :											
11- Beneficiaries : <u>Middle East Airlines</u> ..... المستفيدين :											

Signature: ..... التوقيع: Name: ..... الاسم:

Date: ..... التاريخ:

## تصريح عن الحالة الصحية

الرجاء الإجابة على الأسئلة التالية:

الاسم الكامل : \_\_\_\_\_  
 الطول : \_\_\_\_\_  
 الوزن : \_\_\_\_\_

نعم كلا

\* هل أنت بصحة جيدة وخالي من أي مرض جسدي أو عقلي أو من أي عاهة؟

في حال الإجابة على الأسئلة أدناه بنعم يرجى إعطاء كامل التفاصيل (تاريخ المرض، مدة المرض، العلاج الذي خضعت له، اسم وعنوان الطبيب المعالج) على الوجه الآخر من هذه الصفحة مع التوقيع.

(١) هل كنت تعاني أو تعاني الآن من:

أ - أمراض الدورة الدموية (مثالاً: أمراض القلب والشرابين، ارتفاع ضغط الدم)؟

ب - أمراض في الجهاز التنفسي (مثالاً: سل، ربو، سعال مزمن، التهاب رئوي)؟

ج - أمراض في الجهاز التناسلي والبولي (مثالاً: التهابات في الكلى أو في المسالك البولية أو في الأعضاء التناسلية)؟

د - أمراض في الجهاز الهضمي (مثالاً: اضطرابات الجهاز الهضمي، قرحة في المعدة

أو الاثنى عشر (Colon)، التهاب الكبد، الصغيرة أو أي خلل في الكبد أو المرارة)؟  
 هـ - أمراض في الجهاز العصبي أو خلل عقلي (مثالاً: داء الصرع، التشنجات، الاغماء، أوجاع متكررة في الرأس، انهيار عصبي)؟

و - السكري، سرطان أو أي مرض في الدم، الغدد، الطحال، الأذن، العين، أو الجلد.

ز - أي مرض أو علة أو عجز غير مذكورين أعلاه؟

(٢) هل دخلت أو طلب منك دخول مستشفى للعلاج أو لعمل جراحي؟

(٣) هل تقدمت بطلب تأمين على الحياة في أحد شركات التأمين وكان نتيجة الطلب: الرفض،

التأجيل، القبول مع أخذ قسط إضافي بسبب وضع صحي غير سليم؟

أصرح أن إجابتي على الأسئلة هي كاملة وصحيحة وتعتبر أساس للعقد الذي سيبرم بيني وبين شركة المتوسط والخليج للتأمين وإعادة التأمين ش.م.ل. (ميدغلف).

إن أي تصريح كاذب أو كتمان يؤديان إلى إبطال العقد وذلك بموجب المادة ٩٨٢ من قانون الموجبات والعقود اللبناني.

إنني أفوض أي طبيب، ممرض أو ممرضة، مسؤول إداري أو موظف في المستشفى بالكشف على ملفاتي الطبية حيث تواجدت وتزويد شركة ميدغلف بالمعلومات الطبية التي قد تطلبها لأجل إدارة العقد.

التوقيع

التاريخ

المكان