

First Insurance Company
Fire & General Accident Dept.
Tel :5777555
Fax:5777550
email: info@firstinsurance.jo

الأولى للتأمين
FIRST INSURANCE CO.



الشركة الأولى للتأمين
دائرة الحريق والحوادث العامة
هاتف : 5777555
فاكس : 5777550
البريد الإلكتروني:
info@firstinsurance.jo

Personal Accident Insurance Proposal Form

طلب تأمين حوادث شخصيه

Contributor Name	.....: أسم طالب التأمين					
Address	Building No (	رقم البناية)	Street (	الشارع)	City (	المدينة)
	Phone No(	رقم الهاتف)	plot No(	رقم الحوض)	basin No(	رقم القطعة)
	Postal Code(	الرمز البريدي)	P.O.Box(	ص.ب)	Fax No(	رقم الفاكس)
Insurance Period	To.....	إلى	From.....	من:	مدة التأمين	
Nature of Business	.....: طبيعة العمل					
Place To be Insured	.....: المكان المؤمن عليه					

1. المعلومات الشخصية .	
أ. الاسم الثلاثي المشترك بالتأمين:	
Place and date of birth	ب. محل و تاريخ الولادة:
ID number	ج. رقم البطاقة الشخصية :
sex	د. الجنس
Marital status	هـ. الوضع العائلي :
Length	و. الطول:
Weight	ز. الوزن:
Education	ح. المستوى العلمي: <input type="checkbox"/> معهد <input type="checkbox"/> ثانوي <input type="checkbox"/> إعدادي <input type="checkbox"/> دراسات عليا <input type="checkbox"/> جامعي
academic Secondary Institute	د. المهنة التي تقوم بها : (إذا تعددت الرجاء ذكرها جميعاً) . هل ينضمونها عمل يدوي؟ ما هو؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
ط. ما هو دخلك الأسبوعي ؟	
2. المنافع المطلوبة .	
Accidental death	1. الوفاة من جراء حادث :
Permanent total disability	2. العجز الكلي الدائم :
Permanent Partial Disability	3. العجز الجزئي الدائم :
Weekly compensation except for the first week	4. التعويض الأسبوعي باستثناء الأسبوع الأول :
Medical expenses resulting from an accident	5. المصاريف الطبية الناتجة عن حادث :
The names of the beneficiaries in the event of death	3. أسماء المستفيدين في حال الوفاة
4. ما هي الرياضات التي تمارسها؟	
Do you intend to pursue any business or profession or sport or a hobby not mentioned above and can make you more prone to accidents?	5. هل تنوي متابعة أي عمل أو مهنة أو رياضة أو هواية لم تذكر أعلاه ومن الممكن أن تجعلك أكثر عرضة للحوادث؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
Do you intend to travel outside of the Hashemite Kingdom of Jordan	6. هل تنوي السفر خارج المملكة الأردنية الهاشمية ؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
Where to?	أ. إلى أين؟

How many times on average per year	ب. كم مرة بالمتوسط في السنة؟
Are you participate in all kinds of competitions, skiing, motorcycles, cars, or fly unless it is as a passenger on board a regular commercial airlines?	7. هل تشترك في مسابقات بأنواعها، التزلج، الدراجات النارية، السيارات، أو الطيران إلا إذا كان ذلك بصفة راكب على متن الخطوط الجوية التجارية النظامية؟
الرجاء تحديد التفاصيل:	
Health history	8. التاريخ الصحي .
Do you complain from hearing impairment or consider? (Wear eyeglasses to correct the natural defects can be ignored)	أ. هل تشكو من ضعف في السمع أو النظر؟ (ارتداء النظارات الطبية لتصحيح العيوب الطبيعية يمكن تجاهله) إذا أجبت بنعم الرجاء التحديد: لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
Do you complain from heart disease, the body or one of the other Member	ب. هل تشكو من مرض في القلب، الجسد أو أحد الأعضاء الأخرى؟ إذا أجبت بنعم الرجاء التحديد: لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
Did you always enjoy good health	ج. هل تتمتع دائماً بصحة جيدة؟ إذا أجبت بـ "لا" الرجاء تحديد السبب : لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
Are you balanced and mild in habits	د. هل أنت متزن ومعتدل في عاداتك؟ إذا أجبت بـ "لا" الرجاء التحديد: لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
Have you ever had an accident or made a claim to the insurance company about the accident or illness	9. هل سبق و تعرضت لحادث أو تقدمت بمطالبة لشركة تأمين بشأن حادث أو مرض؟ لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>
I/we declare that the above answers are true to the best of my/our knowledge and belief and that I/we have disclosed all particulars affecting the assessment of the risk. I/we agree that this proposal and declaration shall be the basis of the contract between me/us and the Insurers.	أنا / نحن أصرح / نصرح بأن التفاصيل / المعلومات المذكورة أعلاه صحيحة وكاملة، وأوافق على أن يكون هذا الطلب أساساً للتعاقد إذا قبلت الشركة هذا الطلب وأصدرت وثيقة التأمين.
Authorized Signature of Applicant..... Name of Authorized Officer..... Date.....	ختم وتوقيع طالب التأمين المفوض بالتوقيع..... أسم المفوض بالتوقيع..... التاريخ.....