

طلب تأمين جماعي على الحياة (فردى) الجامعة الأميركية في بيروت

الوكيل:

المتعاقد:

بدون اسئلة طبية

الجامعة الأميركية في بيروت

أ- التصريحات الشخصية. (الرجاء إكمال هذا الطلب بالحروف الواضحة وبقلم حبر. على طالب التأمين أن يوقع بجانب أية حذفات قد يجريها على هذا الطلب).
و 1- الاسم الثلاثي للشخص المطلوب التأمين عليه (كما ورد في الوثائق الرسمية):

رقم بطاقة الجامعة:

الجنسية:

/

/

مكان وتاريخ الولادة:

السن:

ذكر

أنثى

رقم السجل:

رقم جواز السفر:

رقم الهوية:

عدد الاولاد:

متزوج أرمل مطلق

و 2 - عنوان السكن الحالي:

المدينة/البلدة:

الشارع أو الحي:

اسم البناية والطابق:

ص.ب.:

الخليوي:

تلفون:

البلد:

المهام اليومية:

و 3 - المهنة:

ب- تفاصيل التأمينات المطلوبة

المستفيد	المنافع	مبلغ التأمين
الاسم <u>العمر</u> <u>العلاقة</u>	وفاة طبيعية	<input checked="" type="checkbox"/> 2 x الراتب السنوي *
	وفاة من جراء حادث	<input checked="" type="checkbox"/> 3 x الراتب السنوي *
	العجز الكلي الدائم المسرع من حادث (نفس العمل او عمل مشابه)	<input checked="" type="checkbox"/> 3 x الراتب السنوي *
	العجز الجزئي الدائم من حادث	<input checked="" type="checkbox"/> 3 x الراتب السنوي *
	مخاطر الحرب (وفاة وعجز كلي أو جزئي دائم نفس العمل او عمل مشابه)	<input checked="" type="checkbox"/> 2 x الراتب السنوي *

* و ذلك ضمن الأطر المحددة في بوليصة التأمين الجماعي

العملة: _____ دولار أميركي

هام: قبل التوقيع على هذا الطلب، نرجو التأكد بأن جميع إجاباتك المدونة في هذا الطلب هي صحيحة وكاملة.

الإسم الكامل وتوقيع الشخص المطلوب التأمين عليه

المدينة / البلد

التاريخ

توقيع وختم المتعاقد