

استمارة طلب

تأمين ضد فقدان الرخصة للطيارين ومهندسي الطيران

نصيحة هامة لجميع مقدمي الطلبات

يجب تعبئة جميع أقسام الطلب بالكامل. ينبغي أن تكون على دراية بأن هذا التأمين يخضع للحالة الطبية السابقة الشاملة/استثناء الإعاقة فيما يخص الأمور الطبية/الصحية. التعريف الكامل للحالة الطبية السابقة/الإعاقة مضمنة في الشروط والأحكام الواردة في نص وثيقة التأمين، ويمكن الحصول على نسخة منها من ميدغلف. لضمان حصولك على التغطية المطلوبة وفهمك لقيود الخطة التأمينية نوصي بقراءة الشروط والأحكام هذه قراءة متأنية.

يجب أن تقدم التفاصيل الكاملة عن تاريخك الطبي بما في ذلك الإعاقات والأمراض والحوادث مع تواريخ حدوثها. ينبغي ألا تمتنع عن الإفصاح عن هذه التفاصيل لمجرد أنه تم إبلاغك بأنك تتمتع بصحة جيدة أو لأنه تم إخبارك بأن نتائج الفحوصات الطبية مرضية أو لأنك تعتقد أو تم نصحك بأنها غير جوهرية أو هامة

قد يؤدي الإخفاق في الإفصاح عن المعلومات الهامة إلى بطلان سريان هذا التأمين.

القسم (1)

	المسمى الوظيفي أو المنصب
	اسم العائلة
	الاسم الأول
	تاريخ الميلاد
	العنوان الدائم
	رقم الهاتف
	عنوان البريد الإلكتروني

ذكر أنثى

طريقة الاتصال المفضلة بريد إلكتروني هاتف كلاهما معًا

رخص الطيران (إدراج جميع الأنواع (رخصة الطيران التجاري (CPL) ورخصة الطيران للخطوط الجوية (ATPL) وما إلى ذلك - دولة الإصدار والأرقام)

القسم (2)

صاحب العمل

هل هذا الطلب جديد أم من أجل مبلغ تأمين إضافي

تاريخ بداية التغطية التأمينية المطلوبة

العملة

الراتب السنوي

مبلغ التأمين

موظف حر / أعمال حر

دوام جزئي

دوام كامل

القسم (3)

هل تود إضافة تغطية استحقاق تأميني مؤقت (TTD)؟

نعم لا

في حالة الإجابة بنعم، يُرجى اختيار أحد خيارات TTD التالية:

(أ) 12 شهرًا مع تمديد لمدة 180 يومًا

(ب) 12 شهرًا مع تمديد لمدة 120 يومًا

(ج) 12 شهرًا مع تمديد لمدة 90 يومًا

القسم (4)

هل سبق أن تم منعك من الطيران أو كانت رخصتك غير سارية لأي أسباب طبية؟

نعم لا

(1) هل سبق وتم إلحاق أي قيود بأي رخصة خاصة بك؟

(2) هل قامت أي شركة تأمين

نعم لا

(أ) برفض أو تأجيل طلب قدمته؟

(ب) احتساب أو عرض أسعار أكبر من الأسعار القياسية؟

(ج) استبعاد التغطية التأمينية الخاصة بك أو التنازل عنها؟

(د) إلغاء تجديد التأمين أو رفضه؟

نعم لا

نعم لا

نعم لا

نعم لا

إذا أجبت بنعم على أحد الأسئلة الموضحة أعلاه، يُرجى تقديم التفاصيل الكاملة في القسم (10).

القسم (5)

هل يحق لك الحصول على أي تأمين آخر ضد فقدان الرخصة من جانبك أو جانب نقابتك أو صاحب عملك؟
 نعم لا

في حالة الإجابة بنعم، يُرجى تقديم التفاصيل الكاملة أدناه (مبلغ التأمين ومضاعفات الراتب وما إلى ذلك)

القسم (6)

يُرجى تقديم تاريخ آخر إجراء لفحص تخطيط كهربائية القلب على أن يكون معتمد بواسطة هيئة إصدار رخصتك:

التاريخ الشهر السنة

هل تم إبلاغك بأية حالات غير طبيعية تم الكشف عنها خلال هذا الفحص أو أي فحص سابق
 نعم لا

إذا أجبت بنعم على أحد الأسئلة الموضحة أعلاه، يُرجى تقديم التفاصيل الكاملة في القسم (10).

القسم (7)

اذكر طولك (سم)

ووزنك الحالي (بالكيلو)

ووزنك خلال الأشهر 12 الماضية (بالكيلو)

القسم (8)

1. هل سبق وعانيت من أية حالات أو أمراض استلزمت

نعم لا

الذهاب أو الدخول إلى المستشفى أو التشخيص أو العلاج؟

2. هل سبق وتطلب منك بعد إجراء فحص طبي أو خلاله:

أ- إجراء المزيد من الفحوصات؟
 نعم لا
 ب- الإحالة لإجراء تشخيص متخصص؟
 نعم لا
 ج- تأجيل إصدار أو تجديد شهادتك الطبية؟
 نعم لا
 د- إعادة الفحص خلال فترة أقل من الفترة المعتادة؟
 نعم لا
 هـ- ضرورة تناول أدوية أو اتباع أي نظام غذائي خاص؟
 نعم لا

أ- إجراء المزيد من الفحوصات؟
 ب- الإحالة لإجراء تشخيص متخصص؟
 ج- تأجيل إصدار أو تجديد شهادتك الطبية؟
 د- إعادة الفحص خلال فترة أقل من الفترة المعتادة؟
 هـ- ضرورة تناول أدوية أو اتباع أي نظام غذائي خاص؟

المملكة العربية السعودية

رأس المال المدفوع: 1000 ريال سعودي

المكتب الرئيسي في الرياض: فوتورو تاور - شارع المعذر

ص.ب. 2302 - الرياض 11451 - هاتف 11 405 5550 (+966)

فاكس 11 405 5588 (+966) بريد إلكتروني: riyadh@medgulf.com

3. هل أنت على دراية بتدهور حالتك الصحية من حيث الصحة العامة أو البصر أو ضغط الدم؟
 نعم لا

إذا أجبت بنعم على أحد الأسئلة الموضحة أعلاه، يُرجى تقديم التفاصيل الكاملة في القسم (10).

القسم (9)

هل سبق وخضعت من قبل للفحص أو التشخيص أو العلاج للتعافي من:

1. أي اضطراب نفسي أو عصبي (بما في ذلك الصداع النصفي)، الصرع أو أي شكل آخر من التشنجات أو فقدان الوعي؟
 نعم لا
2. أي مشاكل في السمع أو ضغط الدم أو السكتة الدماغية أو الاضطراب في الدورة الدموية أو التنفس؟
 نعم لا
3. أية حالة تتضمن العيون أو الأذن أو الأنف أو الحنجرة أو الجهاز الهضمي أو الجهاز التناسلي-البولي؟
 نعم لا
4. أي اضطراب في الدم أو الجهاز اللمفاوي؟
 نعم لا
5. أية حالة تؤثر على العظام و/أو المفاصل بما في ذلك حالات العمود الفقري؟
 نعم لا
6. أي اضطراب في الجلد؟
 نعم لا
7. مرض السكري؟
 نعم لا

إذا أجبت بنعم على أحد الأسئلة الموضحة أعلاه، يُرجى تقديم التفاصيل الكاملة في القسم (10).

القسم (10)

معلومات إضافية (استخدم الورقة الإضافية إذا لزم الأمر)

اختر رقم	التفاصيل

--	--

(القسم 11)

هل هناك أية تغطية إضافية مطلوبة؟

إذا أجبت بنعم على أحد الأسئلة الموضحة أعلاه، يُرجى ذكر التفاصيل الكاملة في القسم (10).

إقرار

أقر أنا بموجب هذه الوثيقة أن الإجابات على الأسئلة الواردة في الطلب صحيحة وكاملة على حد علمي واعتقادي. وأوافق على أن هذا الطلب والإقرار يشكلان أساس العقد بيني وبين شركة التأمين في حالة اعتماد طلبي.

--

التاريخ

--

التوقيع

تحتفظ شركة التأمين بحقها في رفض قبول طلب التأمين أو فرض شروط خاصة.