

العافية/ سلامة + سلامة سمارت استمارة التقديم

البيانات الشخصية لمقدم الطلب الرئيسي

الاسم الكامل كما ورد في بطاقة الهوية القطرية/ جواز السفر:

تاريخ الميلاد:	الجنس:
الحالة الاجتماعية:	الجنسية:
رقم بطاقة الهوية القطرية:	تاريخ انتهاء بطاقة الهوية القطرية:
لغير المقيمين: رقم جواز السفر:	لغير المقيمين: تاريخ انتهاء جواز السفر:
بلد إصدار جواز السفر:	مكان الميلاد:
رقم الجوال:	البريد الإلكتروني:
البوليصة المختارة:	
العافية جلوبال	العافية البيت
العافية بريميوم	العافية برايم
سلامة +	سلامة سمارت

شركة الكوت للتأمين وإعادة التأمين (ش.م.ع.ق)
المبنى رقم 44 الشارع رقم 840 المنطقة رقم 24
شارع الروابي ص. ب. 24563
الدوحة - قطر

إقرار:

أنا/نحن أعلن/نعلن عن نفسي ونيابة عن أفراد عائلتي في حدود معرفتي واعتقادي أن البيانات الواردة في نموذج الطلب هذا كاملة وحقيقية وصحيحة.

بموجب هذا، أفوض شركة الكوت لمناقشة الوصول والحصول على نسخة من سجلاتي الصحية (أو أي من سجلات المعالين) التي قد يطلبونها هم أو ممثليهم المعينين. سنقوم بقراءة اتفاقية الكوت للتأمين وإعادة التأمين عند استلامها وبهذا أوافق/ نوافق على الالتزام بها. في حالة وجود أي نزاع ، فإنني أوافق / فإننا نوافق على اتباع إجراءات الكوت للتأمين وإعادة التأمين التحكيمية في المقام الأول. بهذا أوافق / نوافق على أن قبول هذا الطلب سيستند إلى هذا الإقرار.

بهذا أوافق / نوافق على أنه يجوز لشركة الكوت للتأمين وإعادة التأمين الاتصال بممارسينا الطبيين للحصول على مزيد من التفاصيل حول تاريخنا الطبي وتفويض هؤلاء الممارسين والمستشفيات و / أو العيادات بالإفصاح عن أي معلومات قد تطلبها الكوت بما في ذلك نسخ من السجلات الطبية. إننا نفهم / إننا نفهم أن أي معلومات مضللة أو غير معلنة قد تؤدي إلى إنهاء البوليصة. أنا أفهم/نحن نفهم أنه لبدء البوليصة، فإنه يجب علي/علينا تقديم نسخ من جواز السفر ونسخ من البطاقة الشخصية القطرية وأحدث التقارير الطبية إذا لزم الأمر لكل مشترك.

كما أفهم أن هذا الطلب يخضع لامتحان كامل لقانون مكافحة غسل الأموال / مكافحة الاحتيال والإرهاب في دولة قطر. أوافق أيضًا على أن أي نسخة من هذا الإقرار تكون صالحة كأنها أصل.

أؤكد وأوافق على الإقرار أعلاه

توقيع مقدم الطلب الرئيسي

	الاسم الكامل لصاحب الطلب أو الوصي القانوني:
	العلاقة مع مقدم الطلب: (للوصي)
	التاريخ:
	التوقيع: