

أنا الموقع أدناهأصرح بأنه نتيجة الحادث الذي تعرضت له بتاريخ/...../.....
والذي أدّى الى تعطيلي عن العمل ومعالجتي في مستشفى بتاريخ
..... (يشار اليه في ما يلي بالحادث) وحيث اني مستفيد من البرنامج الصحي لدى
بموجب بوليصة ضمان استشفاء رقم صالحة لغاية/...../.....

وحيث ان الشركة قد أخذت على عاتقها مصاريف استشفائي لدى المستشفى المذكور عملاً ببوليصة الضمان، وحيث إنني أوافق على حلول الشركة مكاني في جميع الحقوق التي تكون لي ضد أي طرف ثالث مسؤول عن الحادث وعن مصاريف الاستشفاء التي سددت أو التي ستسدد لاحقاً نتيجة للحادث، من قبل الشركة لذلك:

أوافق على حلول الشركة مكاني في جميع الحقوق التي تكون لي ضد أي طرف ثالث مسؤول عن الحادث وذلك لاستعادة مصاريف الاستشفاء التي سددت نتيجة للحادث، وذلك بالاستناد الى نص المادة 972 (فقرة أولى) من قانون الموجبات والعقود، ولمضمون بوليصة الضمان الصحية الصادرة عن شركة الضمان ضمن إطار برنامج يست اسيساتنس، وأتعهد بأن أقدم الى شركة الضمان الدعم والاهتمام في جميع الأعمال التي ستقوم بها، كما لو كنت بذاتي مستدعياً، كما التزم عدم توقيع أية براءة ذمة لصالح المسؤول عن الحادث الا بعد مراجعة شركة الضمان وأخذ موافقتها الخطية تحت طائلة اعادة تسديد كافة المبالغ المسددة أو التي ستسدد من قبلها من جراء الحادث.

خاص لحوادث السير

- تاريخ وساعة وقوع الحادث:
- هل المصاب هو: المؤمن ☐ من الركاب ☐ من المارة ☐
- اسم صاحب المركبة الصادمة:
- اسم وعنوان سائق المركبة الصادمة:
- هل السيارة مؤمنة: نعم ☐ لا ☐ (إذا كان الجواب نعم) هل التأمين: الزامي ☐ ضد الغير ☐ تأمين شامل ☐
- اسم شركة التأمين: رقم بوليصة التأمين:
- هل حضر قوى الأمن الداخلي: نعم ☐ لا ☐ (إذا كان الجواب نعم) من اي مركز:
- اسم الخبير: عنوانه: الهاتف:

خاص للحوادث الشخصية والمسؤولية المدنية

- تاريخ وساعة وقوع الحادث:
- مكان وقوع الحادث إسمه وعنوانه:
- كيفية وقوع الحادث ومسبباته:
- هل المكان مؤمن: نعم ☐ لا ☐ (إذا كان الجواب نعم) اسم شركة التأمين:
- هل حضر قوى الأمن الداخلي: نعم ☐ لا ☐ (إذا كان الجواب نعم) من اي مركز:

في/...../..... الأسم التوقيع

مع الموافقة
شركة التأمين