

أقرّ أنا المشترك / والمشاركين المعالين من قبلي في هذا الطلب بأنني / بأنهم غير مصابين بمرض السرطان ولم يسبق لي أن أصبت به / لهم أن أصيبوا به.

- وبخلاف ذلك، فإنني أوافق على أن تقوم مؤسسة الحسين للسرطان / تأمين رعاية بإلغاء اشتراكي/ اشتراكهم وأتعهد في هذه الحالة بشكل قطعي وغير قابل للرجوع عنه بإعادة كافة المصاريف، والنفقات، والمبالغ، التي أنفقها تأمين رعاية / المؤسسة لتغطية تكاليف علاجي / علاج أيّ من المعالين بهذا الطلب بصفتي ولي أمرهم، وذلك خلال مدة علاجي / علاجهم لدى مركز الحسين للسرطان، مهما بلغت تلك النفقات والمصاريف.
- كما أنني أتعهد أنه في حال إصابتي / إصابة أيّ من المعالين بهذا الطلب بمرض السرطان، سأقوم بإعلام إدارة التأمين فوراً، كما أقرّ بأنه في حال عدم إعلام إدارة التأمين / المؤسسة، فإنني أفقد حقي بالمطالبة بالتغطية بعد انتهاء فترة الاشتراك.
- كما أفوض بشكل قطعي غير قابل للرجوع عنه طبيبي المعالج، وأي مؤسسة للخدمات الطبية، أو أيّ هيئة أو شخص لديه أيّ معلومات عن تاريخي المرضي والتاريخ المرضي لكافة المشتركين المعالين بهذا الطلب، بأن يقدمها لمؤسسة الحسين للسرطان / تأمين رعاية، ويشمل ذلك سجلات المستشفى وأيّ سجلات أخرى تعود لأيّ استشارة طبية أو تشخيص أو علاج.
- كما أقرّ أنّ كافة المعلومات المقدمة في هذا الطلب وتلك الواردة في أيّ بيانات أخرى ذات علاقة، أو أيّ فحوصات طبية مطلوبة هي صحيحة وكاملة وتعتبر جزءاً لا يتجزأ من هذا الإقرار والتفويض، وفي حال طرأ أيّ تغيير في المعلومات المذكورة في الطلب، فإنه من واجبي إعلام إدارة مؤسسة الحسين للسرطان / تأمين رعاية بهذا التغيير.
- كما أنني على علم بأنه في حال موافقة مؤسسة الحسين للسرطان/ تأمين رعاية على اشتراكي/اشتراكهم، فإنّ طلبي هذا سيعتبر أساساً لهذا الإقرار والتفويض الذي سيتم إبرامه لهذه الغاية. إنّ إخفاء أيّ معلومات من شأنه التأثير على قرار مؤسسة الحسين للسرطان / تأمين رعاية في الموافقة على الطلب، وبالشروط المبينة سيؤدي ذلك إلى اعتبار اشتراكي/اشتراكهم لاغياً.
- يقتصر دور شركة تازر على التسويق لهذه الوثيقة فقط.
- يخضع هذا الإقرار والتفويض وكذلك كافة الشروط والأحكام المتعلقة باشتراكى واشتراك المعالين "بالتأمين/ المؤسسة" للقانون الأردني ويفسّر بموجب أحكامه وتكون محاكم عمان المركزية (قصر العدل) هي المختصة حصراً بالنظر في كافة النزاعات التي قد تنشأ عن تفسير أو تنفيذ أحكام هذا الإقرار والتفويض المشار إليه أعلاه.
- كما أقرّ وأتعهد بأنني و/أو المعالين بهذا الطلب و/أو طالب الاشتراك في تأمين رعاية أعلاه على علم تام بجميع شروط الاشتراك في تأمين رعاية، وموافق/موافقين على ما جاء في الإقرار والتفويض الوارد في الاشتراك، وأنه في حال وجود أيّ خطأ في معلومات الاشتراك نتج عنه إيقاف التغطية في حال الإصابة لا قدر الله، فإنني أتعهد بتسديد كامل المبالغ التي أنفقها التأمين على أيّ من الاشتراكات أعلاه.

الاسم : ..... التوقيع:..... التاريخ:.....