



طلب تعديل عقد ضمان العناية الصحية

لجانِب شركة أليانز ش.م.ل.،

أنا الموقع أدناه _____ صاحب العقد رقم _____
جئت بهذا طالبا من حضرتكم إجراء التعديل(ات) المذكور(ة) أدناه وذلك ابتداء من تاريخ _____

الموضوع : تعديل درجة الإستشفاء من الدرجة _____ إلى الدرجة _____
 إضافة برنامج تغطية العناية الصحية الخارجية
 إلغاء برنامج تغطية العناية الصحية الخارجية
 إضافة تغطية الضمان الاجتماعي : _____
 إلغاء تغطية الضمان الاجتماعي : _____
طلبات أخرى : _____

- تصريح طبي -

أصرح على مسؤوليتي بأنني مع جميع الأفراد الذين يشملهم هذا الضمان نتمتع بصحة جيدة وأنا لم
نصب بأي حادث أو علة أو مرض ولا نخضع لأي إشراف طبي يستوجب أي علاج ، إجراء فحوصات
طبية (مخبرية ، أشعة ...) أو دخول المستشفى.

بإستثناء : _____

وأنتني على أتم الاستعداد لتسديد قيمة الأقساط الجديدة الناتجة عن هذا الطلب.

بتوقيعي على هذا المستند، أقرّ وأعترف بأنه تم تزويدي بإشعار الخصوصية المعتمد لدى شركة أليانز ش.م.ل. (المتوفر على موقع الشركة:
www.allianz.com.lb) وعليه أوافق على معالجة الشركة لبياناتي الشخصية لأهداف معلنّة في متن الإشعار كما ومشاركة البيانات مع أشخاص
ثالثين تتعامل معهم شركة أليانز ش.م.ل.
يحق لي في أي وقت الوصول إلى و/أو تصحيح و/أو استكمال و/أو تحديث معلوماتي الشخصية من خلال التواصل مع شركة أليانز ش.م.ل.
كما أقرّ، أعترف وأوافق على حق الشركة بتغيير أو تعديل أو مراجعة إشعار الخصوصية من دون اعلامي مسبقاً مع حفظ حقي بالوصول إلى و/أو
تصحيح و/أو استكمال و/أو تحديث معلوماتي الشخصية في أي وقت كان.

البيانات التالية إلزامية لمتابعة الطلب

البريد الإلكتروني : _____ @ _____ الخلوِي : _____ / _____

التاريخ : _____ التوقيع :

توقيع هذا المستند لا يلزم الشركة بإكمال المصادقة على التأمين الحالي