**طلب تجديد اشتراك في تأمين رعاية لتغطية علاج مرض السرطان (عائلي)/ تجديد**

**Cancer Care Program Subscription Form (for a family)/Renew**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **اسم العائلة\*** | | **اسم الجد** | | **اسم الأب\*** | | | **الاسم الأول\*** | | |
|  | |  | |  | | |  | | |
| **First Name** | | **Father Name** | | **Grandfather Name** | | | **Family Name** | | |
|  | |  | |  | | |  | | |
| **Date of Birth** | | | Click here to enter a date. | | | **تاريخ الميلاد** | | | |
| **Nationality** | | | Choose an item. | | | **الجنسية** | | | |
| **Identification Type** | | | Choose an item. | | | **نوع التعريف** | | | |
| **Identification Number** | | |  | | | **الرقم التعريفي\*** | | | |
| **E-mail Address** | | |  | | | **عنوان البريد الإلكتروني** | | | |
| **Mobile Number** | | |  | | | **رقم الهاتف المتنقل** | | | |
| **Current Address** | | |  | | | **العنوان الحالي** | | | |
| **Would you like to add family members** | | | Choose an item. | | | **هل ترغب بضم عائلتك للتأمين؟** | | | |
| **سقف التغطية المطلوب** | **صلة القرابة** | | **الرقم الوطني**  **رقم جواز السفر** | **تاريخ الميلاد** | **الجنسية** | **اسم العائلة** | **اسم الجد** | **اسم الأب** | **الاسم الأول** |
| Choose an item. | Choose an item. | |  | Click here to enter a date. | Choose an item. |  |  |  |  |
| Choose an item. | Choose an item. | |  | Click here to enter a date. | Choose an item. |  |  |  |  |
| Choose an item. | Choose an item. | |  | Click here to enter a date. | Choose an item. |  |  |  |  |
| Choose an item. | Choose an item. | |  | Click here to enter a date. | Choose an item. |  |  |  |  |
| Choose an item. | Choose an item. | |  | Click here to enter a date. | Choose an item. |  |  |  |  |
| Choose an item. | Choose an item. | |  | Click here to enter a date. | Choose an item. |  |  |  |  |
| **Premium in JD** | | | **Calculator** | | | **قيمة الاشتراك بالدينار** | | | |
| **Premium in USD** | | | **Calculator** | | | **قيمة الاشتراك بالدولار الأمريكي** | | | |
| **إقرار:**  **أقر أن جميع المعلومات الواردة أعلاه صحيحة، وأنه لم تسبق لي الإصابة بأي نوع من أنواع السرطان.**  **من خلال تقديم هذا الإقرار، فإنني أعفي تأمين رعاية من أي مسؤولية أو التزام مادي أو معنوي في حال ثبت عدم صحة أي من البيانات المزودة أعلاه سواء تم تقديمها عن طريق الخطأ و/أو بصورة متعمدة. وأنني قد اطلعت ووافقت على الشروط والأحكام الخاصة بالتأمين.**  **Acknowledgment:**  **I hereby acknowledge that all information above is correct I have never been infected by any type of cancer. By providing this acknowledgment, I release CCI from any liability and claims of any kind if any of the above information was provided incorrectly either by mistake and/or intentionally. I also acknowledge that I have read and agreed to the program’s terms & conditions** | | | | | | | | | |
| **Payment Method** | | | Choose an item. | | | **طريقة الدفع** | | | |
| **Payment Reference Number** | | |  | | | **الرقم المرجعي لعملية الدفع** | | | |