

تفاصيل مقدم الطلب الرجاء التأكد من تعبئة هذا الاستمارة بشكل كامل وبدقة

رقم جواز السفر	اسم العائلة	الاسم الشخصي	تاريخ الميلاد	الجنس	لا	نعم
<p>ضح/ ضعوا إشارة تحت "نعم" أو "لا" بالنسبة لكل واحد من الأسئلة التالية. إذا أُجبت/ أُجبتتم "نعم، فضل/ وا من فضلك أدناه.</p>						
1.	هل تعاني من مرض حاليًا، أو كنت مريضًا في أي وقت خلال السنوات الخمس الماضية؟ أذكر من فضلك الأمراض والتواريخ.	لا	نعم	1.	هل تعاني أو عانيت مرة من الأمراض أو الحالات التالية:	لا
2.	هل تتلقى حاليًا أي علاج طبي، أو هل تلقيت بالسابق أي علاج طبي؟ أذكر أسماء الأدوية.	لا	نعم	2.	أمراض جهاز التنفس، الربو، السل، التهاب رئوي مزمن، المخاط الدموي؟ فضل.	لا
3.	هل مكثت في المستشفى في السابق؟ أذكر التواريخ، أسباب دخولك المستشفى ونوع العلاج الذي تلقيته.	لا	نعم	3.	أي نوع من أمراض القلب والأوعية الدموية، ضغط دم مرتفع؟ فضل.	لا
4.	هل تتعاطى المشروبات الروحية؟	لا	نعم	4.	اضطرابات هضمية، اضطرابات في الكبد، التهاب الكبد؟ فضل.	لا
5.	هل تتعاطى المخدرات الآن أو كنت تتعاطى المخدرات في السابق؟	لا	نعم	5.	أمراض الكلى، أمراض المسالك البولية، ديازوليم؟ فضل.	لا
6.	هل خضعت لفحوصات مخبرية و/ أو فحوصات طبية خلال السنوات الخمس الماضية؟ أذكر السبب (الأسباب)، التواريخ، النتائج، بما في ذلك النتائج التي انخرقت عن المعدل الطبيعي.	لا	نعم	6.	أمراض المفاصل والعظام؛ آلام الظهر والرقبة؟ فضل.	لا
7.	هل تعرضت في السابق لحادث ما أو هل خضعت لأي إجراء جراحي؟ أذكر التاريخ (تواريخ) ونوع العملية و/ أو الحادث.	لا	نعم	7.	اضطرابات استقلاب المواد في الجسم، السكري، حالة الغدة الدرقية، دهنيات عالية في الدم، أمراض في الدم وتخثر، فقر الدم؟ فضل.	لا
8.	هل تعاني من أي مرض (أمراض) مزمنة، نشطة أو خاملة؟ فضل.	لا	نعم	8.	سرطان (مرض خبيث)، داء تنكسي مزمن؟ فضل.	لا
9.	هل تم تشخيصك كمن يُعاني من مرض المناعة الذاتية من أي نوع من الأنواع (وهذا يشمل مرض الذئبة)؟ فضل.	لا	نعم	9.	أمراض جلدية وجنسية، الزهري، الإيدز، جرح لا يشفى، أي نوع من أنواع الهربس (القوباء)، أي نوع من الأورام الجلدية؟ فضل.	لا
10.	هل تنتظر أو هل أنت مرشح لأي علاج طبي، بما فيه، من بين الأمور الأخرى، عملية جراحية أو مكوث في المستشفى؟ فضل.	لا	نعم	10.	أمراض العين، أمراض الأذن (بما فيها خلل في السمع)، أمراض الحلق، أمراض الأنف، عملية تجميلية؟ فضل.	لا
11.	هل تعاني حاليًا أو عانيت في السابق من أي مرض معدٍ؟ فضل.	لا	نعم	11.	هل تم تشخيصك كمن يحمل جسمًا مضادًا أو مريض بالإيدز أو لديك التهاب بالكبد؟	لا
12.	هل طرأ تغير في وزنك بما يعادل 6 كغم أو أكثر، خلال الإثني عشر شهر الأخيرة؟ فضل.	لا	نعم	12.	للنساء: أ. هل أنت حامل؟	لا
13.	هل تعاني من تعب شديد أو إعياءة مزمن؟ فضل.	لا	نعم	13.	ب. أمراض نسائية: اضطرابات في الدورة الشهرية، أمراض في الثدي بما فيها أورام في الثديين، الرحم، المبيضان، فحوصات للكشف عن نمو سرطاني، صور الثدي الشعاعية (ميموغرافيا)؟ فضل.	لا
14.	هل تعلم بوجود أي اضطراب صحي (بما فيه خلل خلقي) غير مذكور في التصريح؟ فضل.	لا	نعم	14.		لا

فضل من فضلك بشكل مفضل جميع الإجابات التي أشرت إليها بـ "نعم" في الأسئلة أعلاه:

أنا/ نحن أصرح/ نصح بهذا أن جميع التفاصيل الواردة في استمارة التصريح الصحي هذا صحيحة وواقية. إذا تبين أن التفاصيل التي أعطيت غير صحيحة أو غير واقية، يحق لها، لشركة "هارثيل"، أن تعتبر نفسها حرة وغير ملزمة بأي التزام أو تعهد تجاهي/ تجاهنا.

تنازل عن السرية الطبية: أنا/ نحن الموقع/ الموقعون أدناه، أعطي/ نعطي بهذا الإذن لصندوق المرضى (كوبات حوليم) و/ أو لمؤسساتها الطبية و/ أو، وكذلك لكل الأطباء و/ أو المؤسسات الطبية ومستشفيات أخرى، و/ أو لكل شركة تأمين و/ أو كل مؤسسة وهيئة أخرى، - بتزويد شركة هارثيل للتأمين م.ض. (فيما يلي "طالب المعلومات") بجميع المعلومات، دون استثناء، وبالشكل المطلوب من قبل طالب/ طالبتي المعلومات، حول وضعي/ وضعنا الطبي، أي مرض أصبت/ أصبنا به في السابق و/ أو مصاب/ مصابين به حاليًا أو سأمراض/ نمرض به في المستقبل، وأنا/ نحن أعتنقكم/ نعتقكم من الالتزام بالمحافظة على السرية الطبية وأتنازل/ تنازل عن هذه السرية تجاه "طالب المعلومات". هذا التنازل يُلزميني/ يُلزمنا، إرثي/ إرثنا ووكيلي/ وكلائنا القانونيين وكل من هو مندوب عني/ عنا. هذا التنازل ينطبق ويسري كذلك على ابني/ أولادنا القاصر/ القاصرين.

- أنا/ نحن أصرح/ نُصرح ، وأوافق/ نوافق والتزم/ نلتزم بأن:
  - كل الإجابات صحيحة وكاملة وأعطيت جميعها باختياري/ اختياري التام.
  - الإجابات المفصلة في التصريح الصحي وأي معلومات أخرى سَتُعطي للشركة المؤمنة، وكذلك الشروط المقبولة لدى الشركة في هذا الخصوص سَتُستعمل كشرط أساسي لعقد التأمين بيني/ بيننا وبين الشركة وستكون بمثابة جزء لا يتجزأ منه.
  - تملك الشركة الحق بقبول العرض أو رفضه دون أن تكون ملزمة بتبرير قرارها. معلوم لي/ لنا أن عقد التأمين سيكون ساري المفعول فقط بعد أن تُصدر الشركة موافقة خطية بقبولها كل المرشحين للتأمين، وبعد أن تم دفع قسط التأمين الأولي بشكل كامل.
- أنا/ نحن مدرک/ مدرکون: بأنه وفقًا لهذا التأمين، لن أحصل/ نحصل على خدمات صحية لخلل عند الولادة أو مرض خلقي (وهذا يشمل أمراض وراثية و/ أو حالة طبية و/ أو اضطراب طبي و/ أو مرض، إذا كنا/ كنا حاليًا ضمن علاج أو لم أكن/ نكن و/ أو ساءت النتائج قد ساءت، إن كان هذا بشكل مباشر أو غير مباشر، نتيجة لحالة طبية كان موجودًا قبل أن يصبح هذا التأمين ساري المفعول ووفقًا لبنود قانون العمال الأجانب.
- أنا/ نحن أصرح/ نصح بهذا أنه لم ترفض أي شركة تأمين طبلي/ طلبنا للحصول على تأمين صحي.

وقع مقدم/ مقدي الطلب هذه الاستمارة بعد أن تم شرح مضمونها له/ لهم بلغة يفهمها/ يفهمونها.

توقيع مقدم/ مقدي الطلب

رقم وتوقيع وكيل التأمين

الاسم

التاريخ