

١. تفاصيل المرشح/ة للتأمين						
اسم العائلة	الاسم الشخصي	رقم جواز السفر	الجنس	تاريخ الميلاد	الوزن (كغم)	الطول (سم)
			أنثى / ذكر			

تمت كتابة الأسئلة بصيغة المذكر للتسهيل فقط، إلا أنها موجهة لكلا الجنسين.

٢. تصريح صحي
في عمود الإجابة الملائمة، وإكمال المعلومات المطلوبة في التصريح نفسه إذا لزم الأمر. في كل مكان X يجب الإجابة عن الأسئلة التالية من خلال وضع إشارة تختارون فيه الإجابة "نعم"، يجب التفصيل في المكان الملائم أدناه. قد يُطلب منك إرفاق مستندات طبية أخرى من الطبيب المعالج بخصوص المشكلة الفحوصات، كيفية العلاج والحالة المحدثة. المصريح بها، أو نتائج

أسئلة عامة	نعم	لا
١. هل خضعت في السنوات العشر الأخيرة إلى عملية جراحية أو أوصيت بالخضوع لعملية جراحية؟		
٢. هل مكثت في السنوات العشر الأخيرة في المستشفى أو في مؤسسة طبية؟ متى، وما السبب؟ الرجاء إرفاق ملخصات المرض ومعلومات محدثة.		
٣. هل تتناول أدوية بشكل ثابت، أو أوصي لك بتناولها في السنوات العشر الأخيرة؟ اكتب اسم الدواء وسبب تناوله.		
٤. هل تستهلك بشكل دائم أو استهلك في الماضي مشروبات روحية؟ اذكر ما هو المشروب وكمية استهلاكه.		
٥. هل تتعاطى أو تعاطيت المخدرات؟		
٦. هل تدخن أكثر من ٢٠ سيجارة في اليوم؟		
٧. خلال الـ ١٢ شهراً الأخير، هل نزلت في الوزن أكثر من ٥ كغم (ليس بسبب نظام غذائي)؟ الرجاء التفصيل.		
٨. هل أجريت فحوصات مختبر بما في ذلك فحوصات دم، بول (نتائجها غير سليمة) و/أو فحوصات طبية معينة بما في ذلك القسطرة، التنظير الداخلي/فحص الرجاء تفصيل السبب، الموعد CT، MRI، غزوي، فحوصات لتشخيص ورم خبيث، خزعة، تخطيط كهربائية القلب، صور أشعة أو أولتراساوند، مسح والنتائج.		
٩. هل عانيت أو تعاني من فقدان القدرة على العمل بشكل جزئي أو كامل؟		
١٠. هل تحددت لك نسبة إعاقة؟		
١١. هل تستعين بأجهزة طبية معينة؟		
١٢. هل تعرف بوجود تشوه خلقي معين لديك؟		
١٣. هل تم تشخيصك كمن تعاني من مرض مناعة ذاتي معين، بما في ذلك الذئبة الحمراء؟		
١٤. هل ستخضع لعلاج طبي معين أو للاستشفاء؟		
١٥. هل HIV؟ هل تبين أنك حامل لمضادات و/أو مريض بفيروس		
١٦. أمراض النساء، للنساء فقط أ. هل أنت حامل؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا ب. هل تعانيين أو عانيت من أمراض نسائية بما في ذلك: عدم انتظام الدورة الشهرية، مشاكل في الخصوبة، حالات نزيف، مشاكل في الرحم أو المبيضين، أو اضطرابات نسائية أخرى؟ (PAP نتائج غير سليمة في فحص نسائي (مثل ج. هل تعلمين بوجود أمراض في الثديين بما في ذلك الأورام في الثديين؟ د. هل ولدت بعملية قيصرية؟ إذا كان الجواب نعم، في أي سنة؟		

هل تعاني من أو عانيت من الأمراض أو الأعراض التالية:	نعم	لا
١٧. جهاز الأعصاب - بما في ذلك الدوران، الصداع، الصداع النصفي، الإغماء، الشلل، الصرع، اضطرابات في الذاكرة، فقدان الحس، مرض تنكسي، إصابات دماغية، نزيف في الدماغ، C.V.A، اضطرابات في التوازن، الزهايمر، باركينسون، إنهاك نفسي، الخرف، التصلب المتعدد.		
١٨. اضطرابات نفسية - بما في ذلك الاضطرابات المشخصة ومحاولات الانتحار.		
١٩. الحساسيات - الرجاء تفصيل نوع الحساسية والعلاج.		
٢٠. جهاز التنفس - بما في ذلك الأزمة، السل، التهابات الرئتين المتكررة، سيستيك فيبروزس، التهاب القصبات الهوائية، النفاخ الرئوي، التهابات متكررة في جهاز التنفس، copd، مشاكل في الصدر.		
٢١. القلب وفرط ضغط الدم - بما في ذلك الذبحة الصدرية (أناجينا بيكتوريس)، انسداد عضلة القلب، اضطرابات في وتيرة خفقان القلب، مشكلة في صمامات القلب، مرض قلب خلقي، مرض في عضلة القلب أو غشاء القلب، ضغط دم غير متزن.		
٢٢. الأوعية الدموية - بما في ذلك مشاكل في تخثر الدم / خثرات الدم، الخثار الوريدي (DVT)، الدوالي الوريدية، اضطرابات في الدورة الدموية، مشاكل في الشرايين (PVD).		
٢٣. جهاز الهضم - بما في ذلك أمراض القرحة الهضمية (قرحة المعدة أو الاثني عشر)، حرقات، مرض التهاب الأمعاء (كرون، التهاب القولون التقرحي)، نزيف من جهاز الهضم، بواسير، مشاكل في الفتحة الشرجية، مشاكل في الكبد أو أمراض كبد، يرقان، المرارة وحصى المرارة، مشاكل في المريء، التهاب في البنكرياس.		
٢٤. فتق (هيرنيا، كسر) - من أي نوع، بما في ذلك الفتق الندي.		

هل تعاني من أو عانيت من الأمراض أو الأعراض التالية:	نعم	لا
٢٥. الكلى والمسالك البولية - بما في ذلك حصى الكلى، التهابات الكلى أو المسالك البولية، تشوهات في المسالك البولية، وجود دم أو زلال في البول، تضرر أداء الكلى، كيسة في الكلى، غدة البروستاتا.		
٢٦. المفاصل والعظام - بما في ذلك التهاب العظام (ارتريتييس)، النقرس، الظهر والعمود الفقري، الركبتان، المفاصل الأخرى، كسور خضعت لعملية جراحية، أمراض العظام.		
٢٧. الأبيض وجهاز المناعة - بما في ذلك السكري، اضطراب الغدة الدرقية، اضطراب الغدة الكظرية، اضطراب الغدة النخامية، الغدة اللمفاوية، الغدة اللعابية أو الغدد الأخرى، دهون عالية في الدم، أمراض الدم والتخثر، فقر الدم.		
٢٨. مرض خبيث (سرطان) - بما في ذلك الأورام الخبيثة أو ما قبل الخبيثة، أو مرض ما قبل الخبيث. الرجاء تفصيل نوع المرض، موعد الإصابة وطريقة العلاج.		
٢٩. الجلد والجنس - بما في ذلك الأورام الجلدية، الصدفية، الهربس، الزهري، الثآليل، الورم الحليمي/ تائولول التناسلي.		
٣٠. العيون - بما في ذلك الكتاراكت (الساد)، الحول، العمى، مشاكل في القرنية، مشاكل في الشبكية، اضطرابات في النظر، لابؤرية، الزرق.		
٣١. الأنف، الأذن والحنجرة - بما في ذلك الالتهابات المتكررة، التهابات في فتحات الأنف (الجيوب الأنفية)، البوليبات، التهابات اللوزتين، مشاكل سمع، متلازمة انقطاع النفس النومي، شخير.		

تفصيل النتائج الإيجابية في أسئلة الحالة الصحية. الرجاء تفصيل المشكلة والحالة اليوم:

أصرح بأن كل التفاصيل التي زودتها في التصريح الصحي، صحيحة وكاملة. إذا تبين أن التفاصيل التي زودتها غير صحيحة أو غير كاملة، تكون شركة أبالون معفية من التزامها ومسؤوليتها بموجب قانون عقد التأمين.

تاريخ التوقيع	اسم المؤمن	توقيع المؤمن

معلومات للمرشح للتأمين
١. وفقاً لشروط البوليصة، في غضون ٩٠ يوماً من موعد انتهاء فترة التأمين، يمكن تمديد فترة التأمين على التوالي، بشرط دفع رسوم التأمين عن الفترة بين فترة التأمين وتمديد التأمين (الدفع عن الفترة المذكورة، يمكن أن يتم من قبل المؤمن أو المشغل)، وطالما أنك مستمر في العمل كعامل أجنبي. بعد مرور ٩٠ يوماً من موعد انتهاء فترة التأمين، الانتساب لبوليصة جديدة سيكون مشروطاً بإجراء ضمان اكتتاب.
٢. إذا كنت شخصاً مع محدودية، كما ورد تعريفه في قانون مساواة حقوق ذوي المحدودية - ١٩٩٨، أي "شخص يعاني من إعاقة جسدية، نفسية أو عقلية، بما في ذلك الإعاقة الذهنية، الدائمة أو المؤقتة، التي بسببها تقيد أداؤه إلى حد كبير في مجال واحد أو أكثر من مجالات الحياة الأساسية"، يرجى إبلاغنا بذلك عن طريق وكيل التأمين الخاص بك، والذي تظهر تفاصيله في صفحة المقترح.

تصريح للمرشح للتأمين
١. أصرح، أوافق وألتزم بما يلي: (١) كل إجاباتي صحيحة، كاملة وأجبت عنها بمحض إرادتي. (٢) الإجابات المفصلة في التصريح الصحي وأي معلومات أخرى أزودها للشركة المؤمنة وكذلك الشروط المتبعة لدى الشركة المؤمنة في هذا الشأن، ستكون شرطاً جوهرياً لعقد التأمين بيني وبين الشركة المؤمنة، وستكون جزءاً لا يتجزأ من عقد التأمين. (٣) يحق للشركة المؤمنة أن تقرر عدم قبول المقترح أو رفضه دون حاجة لتبرير قرارها. أنا على علم أن عقد التأمين يدخل حيز السريان فقط بعد أن تصدر الشركة المؤمنة مصادقة خطية بقبولها للتأمين وبعد دفع رسوم التأمين الأولية بالكامل.
٢. أنا على علم بأنه بموجب هذه البوليصة، الشركة معفية من تقديم الخدمة بخصوص أي تشوه أو مرض خلقي، بما في ذلك الحالة الصحية و/أو العُرض الطبي و/أو المرض، سواء تم علاجه أم لا، و/أو نتائجها، سواء بشكل مباشر أو غير مباشر، نجمت و/أو تفاقمت بسبب حالة صحية، التي كانت موجودة قبل موعد بدء سريان التأمين، وكل ذلك خاضع للمذكور في مرسوم العمال الأجانب بخصوص التغطية التأمينية في إطار البوليصة.
٣. أصرح بذلك بأنه ليست هناك أي شركة تأمين لم ترفض مقترح التأمين الصحي.
٤. أصادق على أنني تلقيت معلومات جوهرياً بخصوص التأمين، والتي شملت على الأقل وصفاً جوهر التغطية التأمينية، رسوم التأمين، فترة التأمين، مبالغ التأمين الأساسية ونطاق المسؤولية الأساسية ومعلومات حول إمكانية حصولي على تفاصيل كاملة بشأنها.
٥. انتسابك لهذه البوليصة يعني تخويل وكيل التأمين الخاص بك في البوليصة بتقديم والحصول باسمك/ ومن أجلك على كل الرسائل و/أو المستندات المرتبطة بإجراءات ضمان الاكتتاب وإجراءات الانتساب للبوليصة.
٦. أوافق على أن بوليصة التأمين لبرنامج التأمين المطلوب في هذا المقترح، سترسل لي عن طريق الوكيل الذي تظهر تفاصيله في صفحة المقترح. إذا رغبت في الحصول على البوليصة و/أو المعلومات في إطار إجراءات ضمان الاكتتاب وإجراءات الانتساب لهذه البوليصة مباشرة إليك، بإمكانك التوجه إلينا في أي وقت.
٧. التنازل عن السرية الطبية أنا الموقع أدناه، أعطي لذلك الإذن لصندوق المرضى و/أو مؤسساته الطبية ولكل الأطباء، المؤسسات الطبية والمستشفيات الأخرى و/أو لكل شركات التأمين و/أو لأي مؤسسة و/أو لأي جهة أخرى، بتزويد كل التفاصيل لـ "شركة أبالون للتأمين م.ض"، فيما يلي: مقدم الطلب"، دون استثناء وبالشكل المطلوب من قبل مقدم الطلب عن حالتي الصحية و/أو كل مرض أصبت به في الماضي و/أو أنا مصاب فيه الآن و/أو سأصاب به في المستقبل، وأعفيكم من واجب الحفاظ على السرية الطبية وأتنازل عن هذه السرية تجاه مقدم الطلب. كتاب التنازل هذا يلزمي، ويلزم ورثتي وموكلتي القانونيين وكل من ينوب عني.

تاريخ التوقيع	اسم المرشح/ة للتأمين	توقيع المرشح/ة للتأمين

