

أ تفاصيل المرشح للتأمين

| رقم جواز السفر | اسم العائلة | الاسم الشخصي | تاريخ الميلاد | الجنس ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> |
|--|--|---|---------------|---|
| في التصريح الطبي يجب الإجابة على الأسئلة الموجودة فيما يلي بوضع إشارة ✓ في عمود الإجابة الملائمة. في حال كانت الإجابة لإحدى الأسئلة إيجابية، يجب إرفاق مستند حديث ومحتلن من الطبيب المعالج بخصوص المشكلة المُصرَّح عنها، نتائج فحوصات، طريقة العلاج والوضع الحالي. | | | | |
| قسم أ: أسئلة عامة | | | | |
| 1. | الطول بـ سم | الوزن بـ كغم | | |
| 2. | <input type="checkbox"/> هل تستعمل الآن أو استعملت المخدرات؟ | <input type="checkbox"/> هل أنت تشرب/ ين أو شربت الكحول، بشكل دائم. فضل/ي كمية الاستهلاك، كأس في اليوم. | | |
| 3. | هل تم تحويلك خلال السنوات العشر الأخيرة لأي من الفحوصات التالية (التي هي ليست جزءاً من الفحوصات الروتينية) ولم تقم بإجرائها بعد أو لم يتم بعد تحديد تشخيص نهائي لها: أمراض مزمنة، قسطرة، فحص أشعة فوق الصوتية (I/D)، تخطيط صدى القلب، MRI، CT، أولتراساوند (ليس كجزء من روتين متابعة الحمل)، خزعة، فحص للكشف عن دم بالبراز، فحص تطهير القولون أو تطهير المعدة، أمراض مناعة ذاتية بما في ذلك الذئبة؟ (إذا كان الجواب نعم، يجب إرسال مستند من الطبيب المعالج مع تطرق لسبب إجراء الفحص، نتائج الفحص والتشخيص النهائي). | | | |
| 4. | هل خضعت في السنوات الـ 10 الأخيرة أو ستخضع/ين مستقبلاً لعملية جراحية/ لعملية زرع؟ فضل/ي | | | |
| 5. | هل مكثت في المستشفى في السنوات الـ 10 الأخيرة؟ فضل/ي سببالمكوث في المستشفى والعلاج الذي حصلت عليه. | | | |
| 6. | هل خلال السنوات الـ 10 الأخيرة تناولت أو أوصي لك بتناول أدوية بصورة منتظمة؟ فضل/ي ما هي المشكلة التي بسببها حصلت على علاج، ما هو العلاج، ومنذ متى وأنت تتناول/ ين هذا الدواء؟ | | | |
| 7. | هل تم تشخيصك كمن يعاني/ تعاني من الحساسية؟ فضل/ي: | | | |
| قسم ب: هل تم تشخيص مرض لديك، ظاهرة أو اضطراب معين له علاقة بواحد أو أكثر من المواضيع المفضلة فيما يلي: | | | | |
| 1. | <input type="checkbox"/> الجهاز العصبي، <input type="checkbox"/> سكتة دماغية، <input type="checkbox"/> داء الصرع، <input type="checkbox"/> تصلب الأنسجة المتعدد، <input type="checkbox"/> ضمور العضلات أو مرض ضموري آخر، <input type="checkbox"/> حالات دوار متكررة، <input type="checkbox"/> صداع، <input type="checkbox"/> اضطرابات في التوازن، <input type="checkbox"/> حالات إغماء، <input type="checkbox"/> باركنسون، <input type="checkbox"/> ألزهايمر، <input type="checkbox"/> رجفة، <input type="checkbox"/> تخلف عقلي، <input type="checkbox"/> توحد، <input type="checkbox"/> متلازمة داون، <input type="checkbox"/> شلل دماغي، <input type="checkbox"/> شلل الأطفال (بوليو)، <input type="checkbox"/> مرض غوشيه، <input type="checkbox"/> فقدان الإحساس، <input type="checkbox"/> اضطراب نقص الانتباه والتركيز، <input type="checkbox"/> الشقيقة (الصداع النصفي)، <input type="checkbox"/> هل توجهت إلى الطبيب مع شكاي تتعلق بانخفاض في الذاكرة (خرف)، <input type="checkbox"/> إيدز، <input type="checkbox"/> حامل لـ HIV، <input type="checkbox"/> ذئبة (لوبوس) في حال كان الجواب نعم لواحدة أو أكثر من المشاكل، يجب إرفاق رسالة محتلنة من طبيب الأعصاب المعالج. | | | |
| 2. | العيون والرؤية: <input type="checkbox"/> السد (كاتارات)، <input type="checkbox"/> مشاكل في الشبكية والقرنية، <input type="checkbox"/> الزرق (غلوكوما)، <input type="checkbox"/> التهاب العينين، <input type="checkbox"/> حول، <input type="checkbox"/> عمى. مرض/ مشكلة عيون أخرى: <input type="checkbox"/> لا، <input type="checkbox"/> نعم، إذا كانت الإجابة نعم، فضل/ي: | | | |
| 3. | القلب: <input type="checkbox"/> اضطرابات في نظم القلب، <input type="checkbox"/> مرض قلبي، <input type="checkbox"/> قصور في القلب، <input type="checkbox"/> نوبة قلبية، <input type="checkbox"/> تشوه قلبي خلقي، <input type="checkbox"/> قسطرة، <input type="checkbox"/> أمراض صمامية، مرض/ مشكلة قلب أخرى: <input type="checkbox"/> لا، <input type="checkbox"/> نعم، إذا كانت الإجابة نعم، فضل/ي: | | | |
| 4. | أوعية دموية: <input type="checkbox"/> دوائية (في أوردة القدمين)، <input type="checkbox"/> مرض الشريان السباتي (في شرايين العنق)، <input type="checkbox"/> اضطرابات تخثر، <input type="checkbox"/> فقر دم، <input type="checkbox"/> DVT (تخثر / thrombosis)، <input type="checkbox"/> PVD (مرض أوعية دم محيطية)، مرض/ مشكلة أوعية دم أخرى: <input type="checkbox"/> لا، <input type="checkbox"/> نعم، إذا كانت الإجابة نعم، فضل/ي: | | | |
| 5. | أمراض استبدال مواد: <input type="checkbox"/> الغدة الدرقية، <input type="checkbox"/> الغدة الليمفاوية، <input type="checkbox"/> الغدة اللعابية، <input type="checkbox"/> غدة التعرق، <input type="checkbox"/> الغدة النخامية، <input type="checkbox"/> سكري، <input type="checkbox"/> فرط ضغط دم، <input type="checkbox"/> دهنيات مرتفعة/ كولسترول، مرض/ مشكلة أخرى في استبدال مواد: <input type="checkbox"/> لا، <input type="checkbox"/> نعم، إذا كانت الإجابة نعم، فضل/ي: | | | |
| 6. | مجاري التنفس: <input type="checkbox"/> ربو، <input type="checkbox"/> السل، <input type="checkbox"/> COPD (مرض رئوي انسدادى مُرمن)، <input type="checkbox"/> حمى القش، <input type="checkbox"/> حالات عدوى متكررة في مجاري التنفس وضيق تنفس، <input type="checkbox"/> استرواح الصدر (Pneumothorax)، <input type="checkbox"/> التليف الكيسي (cystic fibrosis)، مرض/ مشكلة أخرى في مجاري التنفس: <input type="checkbox"/> لا، <input type="checkbox"/> نعم، إذا كانت الإجابة نعم، فضل/ي: | | | |

قسم ب: هل تمّ تشخيص مرض لديك، ظاهرة أو اضطراب معين له علاقة بواحد أو أكثر من المواضيع المفصلة فيما يلي:

| نعم | لا | |
|-----|----|---|
| | | 7. جهاز الهضم: <input type="checkbox"/> قرحة المعدة/ الإثني عشر، <input type="checkbox"/> حرقة، <input type="checkbox"/> كروهان، <input type="checkbox"/> التهاب القولون، <input type="checkbox"/> الارتجاع، <input type="checkbox"/> بواسير، <input type="checkbox"/> شق شرجي/ الناسور، <input type="checkbox"/> انسداد الأمعاء، <input type="checkbox"/> أمراض/ التهابات البنكرياس، <input type="checkbox"/> المريء، <input type="checkbox"/> كيس المرارة، <input type="checkbox"/> حصو في كيس المرارة مرض/ مشكلة أخرى في جهاز الهضم: <input type="checkbox"/> لا، <input type="checkbox"/> نعم، إذا كانت الإجابة نعم، فضل/ي: |
| | | 8. الكبد: <input type="checkbox"/> يرقان، <input type="checkbox"/> التهاب الكبد B,C,D، <input type="checkbox"/> كبد دهني، <input type="checkbox"/> التليّف الكبدي، مرض/ مشكلة أخرى في الكبد: <input type="checkbox"/> لا، <input type="checkbox"/> نعم، إذا كانت الإجابة نعم، فضل/ي: |
| | | 9. فتاق: موضع الفتاق: في الحجاب الحاجز/ في السرة/ في أعلى الفخذ اليمين/ في أعلى الفخذ اليسار. هل خضعت لعملية جراحية لعلاج الفتاق؟ <input type="checkbox"/> لا، <input type="checkbox"/> نعم، متى (تاريخ):, هل تمّ حل المشكلة؟ <input type="checkbox"/> لا، <input type="checkbox"/> نعم |
| | | 10. الكلى ومجري البول: <input type="checkbox"/> التهابات متكررة، <input type="checkbox"/> حصى في الكلى أو في مجاري البول، <input type="checkbox"/> كيسات في الكلى، <input type="checkbox"/> تشوهات في مجاري البول، <input type="checkbox"/> قصور في الكلى، مرض/ مشكلة أخرى في الكلى ومجري البول: <input type="checkbox"/> لا، <input type="checkbox"/> نعم، إذا كانت الإجابة نعم، فضل/ي: |
| | | 11. مفاصل وعظام: <input type="checkbox"/> التهاب مفاصل (Arthritis)، <input type="checkbox"/> النقرس، <input type="checkbox"/> ظهر/ العمود الفقري، <input type="checkbox"/> مفاصل، <input type="checkbox"/> الركبتين، مرض/ مشكلة أخرى في المفاصل والعظام: <input type="checkbox"/> لا، <input type="checkbox"/> نعم، إذا كانت الإجابة نعم، فضل/ي: |
| | | 12. أمراض جلدية وجنسية: <input type="checkbox"/> أورام جلدية، <input type="checkbox"/> إصابات في الجلد، <input type="checkbox"/> الصدفية، <input type="checkbox"/> أمراض جنسية، <input type="checkbox"/> مرض الزهري مرض/ مشكلة جلدية وجنسية أخرى: <input type="checkbox"/> لا، <input type="checkbox"/> نعم، إذا كانت الإجابة نعم، فضل/ي: |
| | | 13. أورام خبيثة/ أمراض خبيثة (سرطان) |
| | | 14. للنساء: <input type="checkbox"/> الثدي (بما في ذلك تكبير الثدي)، <input type="checkbox"/> الجهاز النسائي، مرض/ مشكلة نسائية أخرى: <input type="checkbox"/> لا، <input type="checkbox"/> نعم، إذا كانت الإجابة نعم، فضل/ي: <input type="checkbox"/> هل أنت حامل؟ <input type="checkbox"/> هل خضعت لعملية ولادة قيصرية؟ إذا كانت الإجابة نعم، متى: |
| | | 15. للرجال: <input type="checkbox"/> مشاكل في غدة البروستاتا، <input type="checkbox"/> دوالي الخصية/ أدرة (تراكم السوائل في الخصيتين) مرض/ مشكلة أخرى لدى الرجال: <input type="checkbox"/> لا، <input type="checkbox"/> نعم، إذا كانت الإجابة نعم، فضل/ي: |
| | | 16. أمراض نفسية: مرض نفسي الذي تمّ تشخيصه من قبل أخصائي نفسي، طبيب نفسي أو طبيب العائلة. |
| | | 17. أمراض الأنف، الأذن والحنجرة: <input type="checkbox"/> متلازمة انقطاع التنفس أثناء النوم، <input type="checkbox"/> سليل في الأنف، <input type="checkbox"/> التهاب الجيوب الأنفية مرض/ مشكلة أخرى في الأنف، الأذن والحنجرة: <input type="checkbox"/> لا، <input type="checkbox"/> نعم، إذا كانت الإجابة نعم، فضل/ي: |

فصل:

1. أنا أصرّح بهذا أن كل الإجابات صحيحة وكاملة وأعطيت جميعها باختياري التام.
2. الإجابات المفصلة في التصريح الصحي وأي معلومات أخرى سَتُعطى للشركة المؤمنة، وكذلك الشروط المقبولة لدى الشركة المؤمنة في هذا الخصوص سَتُسْتعمل كشرط أساسي لعقد التأمين بيني وبين الشركة المؤمنة وستكون بمثابة جزء لا يتجزأ منه.
3. تملك الشركة المؤمنة الحق بقبول العرض أو رفضه بدون أن تكون ملزمة بتبرير قرارها هذا. لعلمك، عقد التأمين سيكون ساري المفعول فقط بعد أن تُصدر الشركة المؤمنة موافقة خطية بقبولها الشخص المرشح للتأمين وبعد أن يتم دفع رسوم التأمين الأولى كاملة. لن يتم تطبيق شرط دفع كافة رسوم التأمين الأولى هذا، في حال حصلت الشركة المؤمنة على وسيلة دفع تستطيع من خلالها جباية أقساط التأمين.
4. المعلومات المشمولة في هذه الوثيقة ضرورية من أجل انضمامك للبوليصة ولكل موضوع آخر يتعلق بالبوليصات وكيفية معالجة موضوع البوليصات. الشركة وشركات أخرى من مجموعة هارثيل (هارثيل استثمار في التأمين وخدمات مالية م.ض. وشركات فرعية لها) و/ أو كل من هو من جهتها سَتُسْتعمل هذه الوثيقة، بما في ذلك تحريرها وحفظها واستعمالها في كل ما له علاقة في البوليصات ولأهداف شرعية قانونية أخرى، وذلك حتى من خلال تحويل هذه المعلومات إلى جهات ثالثة التي تعمل تحت اسم ومن قبل مجموعة هارثيل.
5. هل قامت شركة تأمين معينة برفض أو إلغاء عرض لك لتأمين صحي؟ لا نعم، فضل.....
6. التنازل عن السرية الطبية: أنا الموقع أدناه، أعطي الحق لصندوق المرضى و/أو لمؤسساته الطبية وكذلك لجميع الأطباء و/ أو الأطباء النفسيين، المؤسسات الطبية والمستشفيات الأخرى، و/ أو لكل شركة تأمين و/أو لكل مؤسسة وجهة أخرى، كما يقتضي الأمر لتوضيح الحقوق والاستحقاقات المُعطاة بحسب هذه البوليصة، و/ أو من أجل فحص إمكانية قبولي للتأمين المذكور بإعطاء شركة هارثيل بما في ذلك جميع التفاصيل الموجودة لدى الشركة، دون استثناء وبأي طريقة تُطلب من طالب/ي المعلومات حول وضعي الصحي، عن أي مرض أصابني في السابق و/ أو أعاني منه اليوم، و/ أو سأمرض به في المستقبل وأنا أعتقكم من الالتزام بحفظ السرية الطبية وأتنازل عن هذه السرية تجاه "مقدم الطلب". هذا التنازل يلزمني، وممتلكاتي ومحامي القانوني وكل من هو بدلاً مني .

تم توقيع استمارة التصريح الصحي هذه من قبل المرشح للتأمين بعد أن شُرح له مضمونها باللغة المفهومة له.

التاريخ توقيع المرشح للتأمين توقيع الشاهد

ج. الموافقة على شروط القبول

أنا موافق/ة مسبقاً أنه عندما يتضح خلال عملية إجراءات الاكتتاب لي من أجل إصدار البوليصة المطلوبة، عن وجود حاجة للشروط الاكتتابية المفصلة فيما يلي، هذه يتم تحديدها في إطار البوليصة، التي سيتم إصدارها لي بحسب الحاجة:
 لن تتم تغطية حالة تأمينية المتعلقة ب:

| التاريخ | الاسم | رقم جواز السفر | التوقيع |
|---------|-------|----------------|---------|
| | | | |