

التأمين الطبي الفردي والعائلي – طلب التأمين

برجاء استيفاء البيانات المطلوبة مع مراعاة الدقة مع العلم بان البيانات التالية يتم استخدامها في تحديد الأسعار والشروط التي على أساسها يتم إصدار وثيقة التأمين.

في حالة عدم فهم أي من الأسئلة أو طبيعة المعلومة المطلوبة، برجاء طلب المساعدة من الشركة أو من وسيط التأمين الخاص بسيادتكم حيث أن الإدلاء بمعلومة غير دقيقة أو غير كاملة، أو عدم القدرة على استيفاء جميع البيانات المطلوبة قد يؤدي إلى إيقاف دفع المطالبات أو إنهاء عقد التأمين.

1. البيانات الشخصية لمقدم طلب التأمين:

			الاسم بالكامل (كما هو مذكور بإثبات الشخصية)
	النوع (ذكر/انثى)		تاريخ الميلاد
	الحالة الاجتماعية		الجنسية
			نوع مستند إثبات الشخصية
	الوظيفة:		رقم مستند إثبات الشخصية
	رقم المحمول		البريد الإلكتروني

المقيم بمصر نعم/لا	الوزن (كج)	الطول (سم)

II. البيانات الصحية لمقدم طلب التأمين:

هل تم تشخيص أو علاج أو هل يخضع أي من المتقدمين بطلب التأمين حالياً للرعاية الطبية بمستشفى أو عيادة طبية أو للعلاج أو المتابعة لأي من الحالات أو الأمراض التالية: (برجاء الإجابة بنعم/ لا):

م	أسئلة طبية	طالب التأمين (1)	طالب التأمين (2)	طالب التأمين (3)	طالب التأمين (4)	طالب التأمين (5)	طالب التأمين (6)	طالب التأمين (7)	طالب التأمين (8)	طالب التأمين (9)	طالب التأمين (10)
(1)	السكري (سكر الدم)										
(2)	ارتفاع ضغط الدم										
(3)	ارتفاع نسبة الدهون في الدم										
(4)	التهاب المعدة										
(5)	ارتجاع المرئ										
(6)	القولون العصبي										
(7)	الربو (حساسية الصدر)										
(8)	اعتلال بغضاريف العمود الفقري (مثل الانزلاق الغضروفي)										
(9)	ورم خبيث أو حميد										
(10)	مرض مناعي (مثل التصلب المتعدد أو الصدفية)										

										(11) أمراض الدم (مثل الأنيميا أو انيميا البحر المتوسط)
										(12) أمراض الجهاز العصبي والأعضاء الحسية (مثل الصرع، الصداع المزمن، جلطة أو نزيف المخ)
										(13) أمراض الغدد الصماء واضطرابات التغذية واضطرابات التمثيل الغذائي (مثل النقرس والغدة الدرقية)
										(14) أمراض القلب والشرابين (مثل الجلطة، قصور بالشريان التاجي وتركيب الدعامات والقلب المفتوح)
										(15) أمراض الكلى والجهاز البولي أو التناسلي
										(16) أمراض الجلد
										(17) أمراض العظام أو العضلات أو الأنسجة الضامة (مثل خشونة والتهاب المفاصل والروماتيزم)
										(18) أمراض الجهاز التنفسي (مثل حساسية الصدر أو

										الأنف أو الجيوب الأنفية (أو الدرن)	
										الأمراض المعدية أو الطفيلية (مثل الكوليرا والتييفويد)	(19)
										مضاعفات بالحمل أو الولادة أو إجهاض	(20)
										أمراض الجهاز الهضمي (مثل قرحة المعدة وأمراض الكبد والمرارة)	(21)
										تاريخ مرضي سابق لعملية أو إجراء جراحي أو حجز بالمستشفى	(22)
										أي أمراض أو أعراض أو شكاوى مزمنة أو غير مزمنة أو إصابات خلال السنوات الثلاث الماضية غير مذكورة أعلاه	(23)
										هل تم وصف علاج أو ظهرت نتائج إيجابية للالتهاب الكبدي ؟A,B,C,D	(24)
										هل أنت مرشح للتلقي أو التبرع بالأعضاء أو	(25)

										بالنخاع العظمي أو بالخلايا الجذعية أو مدرج أسمك بقائمة الانتظار لتلقي أو للتبرع بالأعضاء؟
ملحوظة: الأمراض النفسية والعقلية والعيوب الخلقية والاضطرابات الجينية مستثناة من التغطية التأمينية.										

ملحوظات هامة:

- إذا تم الرد بـ "نعم" لأي من الأمراض المذكورة أعلاه، فيرجى تحديد التفاصيل الكاملة في الاستبيان الطبي التكميلي المرفق، برجاء الملاحظة بأن المعلومات المقدمة بهذا الطلب تعتبر جزءاً لا يتجزأ من الوثيقة.
- لا يسري مفعول أي من التغطيات الوارد ذكرها في الوثيقة إلا بعد قبول نموذج طلب التأمين من قبل شركة التأمين ودفع الاشتراك المستحق، وتحتفظ شركة التأمين بالحق في رفض أي نموذج طلب تأمين.
- المعلومات الواردة في هذا النموذج من معلومات طبية أو أي معلومات أخرى يتم الحصول عليها منك أو من أطراف أخرى بالنيابة عنك في إطار هذه الوثيقة سوف يتم استخدامها من قبل شركة التأمين لأغراض تقييم طلب التأمين الخاص بك وتفعيل التأمين بما في ذلك عملية الاكتتاب التأميني وإدارة التعويضات والتعامل مع شكاوى العملاء والحماية والكشف عن الاحتيال.
- قد يتم تداول المعلومات الواردة في هذا النموذج وغيرها من قبل شركة التأمين مع شركة إدارة الخدمة الطبية ومعيدي التأمين ووسطاء التأمين ومقدمي الخدمات وقد تصبح هذه الأطراف مسئولة عن فحص البيانات الخاصة بك أو بأفراد الأسرة.
- سوف يتم تداول واستخدام البيانات الواردة في هذا النموذج بشكل آمن ووفقاً للقوانين المعمول بها في جمهورية مصر العربية ولن يتم الاطلاع عليها إلا حينما تستدعي الضرورة الطبية أو العملية ذلك وعلى سبيل المثال سيتم استخدام بيانات السجلات الطبية لأغراض الاكتتاب التأميني وإدارة التعويضات.

برجاء التوقيع أدناه حيث أن توقيع سيادتكم يعتبر تأكيداً على التالي:

- لقد قرأت طلب التأمين المستوفى بعناية وأقر بصحة المعلومات الواردة بطلب التأمين والاستبيان أو الاستبيانات الطبية الإضافية وأن كافة الإجابات صحيحة وكاملة ودون أي تحريف في المعلومات المفصّل عنها والتي تم طلبها من قبل شركة التأمين وأقبل بأن يتم تحديث البيانات الواردة بطلب التأمين والاستبيان الطبي الإضافي عند تجديد الوثيقة.

- أتعهد أنا طالب التأمين على مسئوليتي الشخصية بشكل تام وكامل بتقديم كل المعلومات المطلوبة عند الإجابة على الأسئلة الواردة في هذا النموذج وفي حالة عدم التزامي بذلك فإن من حق شركة التأمين إلغاء الغطاء التأميني أو القسط المستحق أو إلغاء وثيقة التأمين.
- أوافق نيابة عن المعالين على تطبيق الشروط العامة لوثيقة التأمين على نموذج طلب التأمين والاستبيان الطبي الإضافي.
- أوافق على أن عدم الكشف عن المعلومات الطبية ذات الصلة سيؤدي إلى إلغاء الوثيقة بالكامل، وأنه لن يتم دفع أي تعويض أو نفقات ناشئة عن الأمراض أو الإصابات أو الاضطرابات التي لم يتم الكشف عنها ولكنها معروفة لمقدم الطلب (مقدمي الطلب) قبل ملء طلب التأمين.
- أؤوض وأسمح للأطباء أو المؤسسات الصحية أو أي مؤسسة أو أشخاص آخرين لديهم معلومات حول صحة المتقدمين لتقديمها إلى شركة التأمين عند الطلب ويشمل ذلك جميع المعلومات الصحية ذات الصلة عن مقدم الطلب (مقدمي الطلب) ولا يقتصر على دخول المستشفيات والعلاجات وغيرها من السجلات المتعلقة بالاستشارات الطبية أو التشخيص أو العلاج.
- أوافق على أن يكون هذا الطلب جزء من العقد المبرم بيني وبين شركة التأمين في حالة إصدار وثيقة التأمين.
- أقر بأن نسخة ضوئية من هذا التفويض لها نفس صلاحية النسخة الأصلية.

الاسم:

توقيع طالب التأمين:

التاريخ: / /

الاستبيان الطبي الإضافي

	الاسم بالكامل
النوع (ذكر/أنثى)	تاريخ الميلاد

➤ برجاء ذكر التشخيص الطبي لكل الأسئلة التي تمت الإجابة عليها بنعم في طلب التأمين:

حالة (1)	حالة (3)
حالة (2)	حالة (4)

➤ برجاء التوضيح إذا صح وصف الحالات الطبية المذكورة أعلاه بالآتي (برجاء الإجابة بنعم أو لا):

حالة (1)	حالة (2)	حالة (3)	حالة (4)

➤ إذا تم الشفاء من هذه الحالات مع عدم وجود أعراض لها حالياً، برجاء توضيح ما إذا تم علاجها:

حالة (1)	حالة (2)	حالة (3)	حالة (4)

• إذا تم عمل إجراء جراحي برجاء تحديد نوعه وتاريخه:

➤ هل يمكن وصف هذه الحالات بالآتي؟

حالة (1)	حالة (2)	حالة (3)	حالة (4)

➤ في حال كان هناك دواءً مطلوب تغطيته بشكل منتظم، يرجى تحديد إسمه وكميته اليومية أدناه، وإذا كنت مصاباً

بمرض السكري المعتمد على الأنسولين يرجى تحديد إسم الدواء وكميته اليومية:

التوقيع:

التاريخ:

/ /