

إقرار بالموافقة على الإفصاح عن معلومات طبية

MEMBER CONSENT FOR RELEASE OF MEDICAL INFORMATION

Group Member Name	:	sai krishna	:	اسم العضو الرئيسي
Patient Name	:	sai krishna	:	اسم المريض
Patient's Membership No	:	dd44	:	رقم عضوية المريض
Relationship	:	dd444	:	درجة القرابة
Patient File No	:	8	:	رقم ملف المريض
Patient Mobile No	:	971508764532	:	هاتف المريض

I hereby authorize,
occupational DHA101

أقر أنا الموقع أنه،
occupational DHA101

To provide all the needed medical information related to me or my Spouse/Child to Abu Dhabi National Insurance Company allowing their Doctors and Medical Claims Officers to have access to my medical records and to obtain the required copies of the medical reports and investigations.

عطاء المعلومات الطبية الخاصة بي أو بالزوج / الزوجة أو بالأبناء لشركة أبوظبي الوطنية للتأمين وأن أسمح لأطباء ومسؤولي التعويضات الطبية التابعين للشركة بالإطلاع على الملف الطبي والحصول على صور من التقارير الطبية والفحوصات التشخيصية اللازمة.

Abu Dhabi National Insurance Company to access this information to evaluate my medical condition and treatment received.

و إنني على علم بأن شركة أبوظبي الوطنية للتأمين سوف تطلع على هذه المعلومات من أجل تقييم الحالة الطبية والعلاج الطبي الذي تلقينته.

Abu Dhabi National Insurance Company to refer my case for second opinion consultation and review the best treatment plan possible subject to my policy benefits.

مراجعته شركة أبوظبي الوطنية للتأمين لحالتي لأخذ رأي طبي ثاني أو مراجعته التقارير الطبية الخاصة بي مع طبيب ثاني من أجل الوصول إلى أفضل علاج ممكن وفقاً للتغطية التأمينية الخاصة بي.

Abu Dhabi National Insurance Company guarantees complete confidentiality of the information received.

و تؤكد شركة أبوظبي الوطنية للتأمين التعامل مع هذه المعلومات بسرية تامة.

I understand this consent is valid for the duration of my Policy Period with Abu Dhabi National Insurance Company at any healthcare provider, including but not limited to Hospitals, medical centers, clinics, laboratories, diagnostic centers and pharmacies.

إن هذا الإقرار صالح خلال فترة وثيقة التأمين الخاصة بي مع شركة أبوظبي الوطنية للتأمين ومعمول بها لدى أي مزود خدمات، بما في ذلك على سبيل الذكر وليس الحصر، المستشفيات، المراكز والعيادات الطبية، المختبرات، مراكز التشخيص والصيديات.

Patient Signature:

توقيع المريض:

X

X