

تصريح صحة للبوليصة CARE 4 U / مديكل إينشورنس

تفاصيل المرشح/ة للتأمين

اسم العائلة	الاسم الشخصي	رقم الجواز	الجنس	تاريخ الميلاد	الطول	الوزن
			ذكر / أنثى	/ /		

لأسباب متعلقة بالراحة، تمت صياغة الأسئلة التالية بصيغة المذكر، إلا أنها تتطرق إلى الجنسين. يجب وضع الإشارة x في القائمة المناسبة. لدى كل حالة من الإجابة "نعم" يرجى التفصيل في المكان المخصص لذلك.

لا	نعم	هل أنت تعاني/ين أو عانيت من أمراض أو عوارض ما؟
		1 جهاز الأعصاب – الدوخة، آلام الرأس، حالات إغماء، حالات شلل، تشنجات فرقة (صرع – أيبيلسي)، اضطرابات في الذاكرة، فقد الإحساس، مرض ضموري، نزيف دم في الدماغ، C.V.A، اضطرابات في التوازن، الخرف (التهنيمير)، الرُعاش (باركينسون)، الإرهاق النفسي، الغث، التصلب المتعدد، أمراض نفسية.
		2 مجاري التنفس – الأستما، السُّل، التهاب الرئتين، التهاب المُثَب، انتفاخ الرئة، سُعال دموي، تَلَوَّات مُعَاوَدَة في مجاري التنفس، استرواح صدري. فصل/ي:
		3 أمراض قلب وأوعية دموية من أي نوع، بما في ذلك: اضطرابات في وتيرة نبض القلب، مشكلة في صمامات القلب، مرض قلب ضغط دم زائد: بما في ذلك الالام في الرجلين في أثناء المشي، التشنج الوريدي، الدوالي الوريدية، اضطرابات في الدورة الدموية، تضيق الشرايين. فصل/ي:
		5 جهاز الهضم – مرض خاص بجهاز الهضم (قرحة معدة أو المعى الإثنا عشر)، حالات حرقة، مرض التهابي في الأمعاء، حالات نزيف من جهاز الهضم، بواسير، مشاكل في الترح، مشاكل في الكبد أو أمراض كبد، يرقان، حصي في المرارة، التهاب في البنكرياس. فصل/ي:
		6 حالات فتق، فتق في منفرج الرجلين، فتق غشائي، فتق في جدار البطن، فتق سُري، آثار شق جراحي، فتق فخذِي، دوالي الحبل المنوي. فصل/ي:
		7 أمراض كلية ومسالك بولية – تَلَوَّات أو التهابات في المسالك البولية، بما في ذلك: الحصى في الكليتين أو في المسالك البولية، الدم/البروتين/السكر في البول، الأكياس في الكليتين، مشاكل في البروستات. فصل/ي:
		8 المفاصل والعظام، بما في ذلك التهاب المفاصل (أرثريتين)، النقرس، آلام ظهر أو رقبة أو عمود فقري. هبوط القرص، الكتف، الركبة، الكاحل، المفاصل الأخرى، أمراض عظم. فصل/ي:
		9 مواد متعلقة بتبادل المواد وجهاز المناعة، بما فيها السكري، الاضطراب في الغدة الدرقية، الاضطراب في الكظرية، الاضطراب في الغدة النخامية، أو في غدد أخرى، دهنيات عالية في الدم، أمراض دم وتخثر، فقر دم. فصل/ي:
		10 مرض خبيث (سرطان)، بما في ذلك الأورام السرطانية أو ما قبل سرطانية، أو مرض ما قبل سرطاني، إيدز، بما فيه حمل المرض (فص/ي، الموعد وطريقة العلاج).
		11 أمراض جلد وجنس: هريس، الزهري، أورام جلدية، الثآليل، إيدز، مشاكل في الأعضاء التناسلية. فصل/ي:
		12 أمراض عينية بما فيها إعتام عدسة العين (كتركت)، الحول، العمى، مشاكل في القرنية، مشاكل في الشبكية، تشوشات في الرؤية، هل تتركب النظارات؟ اللانقطية في العين، الزَّرَق (جلوكوما). فصل/ي:
		13 أمراض حلق بما فيها التهابات الحلق أو الأذنين المُعَاوَدَة، التهابات في الجيوب الأنفية (سِينوسيتيس)، مشاكل في السمع، متلازمة انقطاع النفس في أثناء النوم، الشخير. فصل/ي:

لا	نعم	أسئلة عامة
	م	1 هل أنت مريض الآن، أو كنت مريضاً بمرض ما في السنوات الخمس الأخيرة، أو هل تعلم بسوء طرا على صحتك أو حاجة إلى إجراء عملية جراحية؟ فصل/ي ما هي الأمراض ومتى كان ذلك.
		2 هل تتلقى الآن، أو تلقيت في السابق علاجاً دوائياً؟ فصل/ي ما هي الأدوية.
		3 هل أخضعت مرّة للعلاج السريري في المستشفى أو في مؤسسة؟ فصل/ي متى كان ذلك، وسبب الإخضاع للعلاج السريري، والعلاج الذي تلقيته.
		4 هل تتناول المشروبات الروحية؟ اذكر نوع المشروب وحجم الاستهلاك.
		5 هل أنت تدخن/ين؟ اذكر عدد السجائر لليوم. هل تتعاطى/ين أو تعاطيت السوموم؟
		6 هل خضعت لفحوصات مختبر، بما فيها فحوصات دم، بول و/أو فحوصات طبية ماء، بما فيها الرسم التخطيطي لكهربائية عمل القلب (إي.كي.جي.)، تصاوير رنتجن بمختلف أنواعها (الصدر، مجاري الهضم، الكليتان، العظام، العمود الفقري، وغيرها...)، المسح، التصوير المقطعي المحوسب (سي.تي.)، المحاكاة بالرنين المغناطيسي (MRI)، فصل/ي السبب، والموعد، والنتائج.
		7 هل تعرّضت لحادث أو خضعت لعملية جراحية؟ فصل/ي متى كان ذلك، وماهية العملية الجراحية أو الحادث.
		8 هل عانيت أو هل تعاني/ين من عدم القدرة على العمل بصورة جزئية أو كاملة؟ فصل/ي.
		9 هل حُدِّت لك نسب إعاقة؟
		10 هل تستعين/ين بأجهزة طبية ما؟
		11 هل في الأشهر الستة الأخيرة طرا انخفاض ما على وزنك؟ فصل/ي.
		12 هل أنت تعاني/ين أو عانيت من مرض وبائي ما؟
		13 هل تعلم باضطراب صحي ما (بما في ذلك العاهة الولادية) غير مذكور في هذا التصريح، فصل/ي.
		14 هل تمّ تشخيصك كمن يعاني/تعاني من مرض مناعة ذاتية ما (بما في ذلك الذئبة)؟ فصل/ي.
		15 هل تعاني/ين من مرض/أمراض مزمنة ما، نشطة/ أو ساكنة؟ فصل/ي.
		16 هل أنت مرشح/ة لعلاج طبي ما، بما في ذلك عملية جراحية أو خضوع لعلاج سريري؟ فصل/ي.
		17 هل تبيّن أنك تحمل أجساماً مضادة و/أو مريض بفيروس HIV أو اليرقان؟ فصل/ي.
		18 أمراض نساء، للنساء فقط: أ. هل أنت حامل؟ (إذا كان الجواب نعم، ففصلي) كم عدد الأجنة؟ ب. هل تعانين أو عانيت من أمراض نساء، بما في ذلك: عدم انتظام الدورة الشهرية، مشاكل في الخصوبة، حالات نزيف، كتل في الثديين، في الرحم، في المبايض، نتائج غير سليمة في فحص خاص بأمراض النساء (مثل PAP) أو اضطرابات أخرى خاصة بأمراض النساء؟ إذا كان الجواب نعم، ففصلي. ج. هل تعلمين بأمراض ثديين، بما فيها الكتل في الثديين؟ د. عدد حالات الحمل السابقة؟ هـ. هل عانيت من مشاكل في حالات الحمل السابقة أو في الحمل الحالي؟ إذا كان الجواب نعم، ففصلي. و. هل ولدت بعملية قيصرية؟ ز. عدد الأولاد (بما في ذلك الأولاد من الزوجات السابقة)؟ ح. متى أجري آخر فحص خاص بأمراض النساء؟

تفصيل النتائج الإيجابية في أسئلة الصحة:

أصرح بهذا بأن جميع التفاصيل التي قَدَمْتها في تصريح الصحة، صحيحة وكاملة هي. إذا تبين أن التفاصيل التي قَدَمْتها غير صحيحة أو غير كاملة، فستكون "أيلون" مُعفاة من الالتزام والمسؤولية بموجب قانون عقد التأمين.

التنازل عن السرية الطبية

أنا الموقع أدناه، أسمح بهذه لصندوق المرضى و/أو مؤسساته الطبية، كما أسمح لجميع الأطباء، والمؤسسات الطبية، والمستشفيات الأخرى، و/أو لجميع شركات التأمين، و/أو لكل مؤسسة و/أو لكل جهة أخرى، بأن ينقلوا إلى "أيلون شركة تأمين م.ض." فيما يلي "المدعي"، جميع التفاصيل، بلا استثناء، وبالصورة التي سيطالب بها المدعي، عن حالتي الصحية، و/أو عن أي مرض أصبت به في السابق و/أو أنا مصاب به الآن، و/أو سأصاب به في المستقبل، وإني أعيكم من واجب الحفاظ على السرية الطبية، وأتنازل عن هذه السرية تجاه المدعي. كتاب التنازل هذا يلزمي، كما يلزم ورثتي، وموكلتي القانونيين، وكل من سيحل محلي.

تصريح المرشّح/ة للتأمين

- أصرّح، وأوافق، وأتعهد بهذا أن: (1) جميع الإجابات صحيحة، وكاملة وأعطيت بمحض إرادتي الحرة. (2) الإجابات المفصلة في تصريح الصحة وأية معلومات أخرى سقّمت إلى المؤمنة، وكذلك الشروط المُتبعة لدى المؤمنة في هذا الخصوص، ستكون شرطًا جوهريًا في عقد التأمين بيني وبين المؤمنة، وسنكون جزءًا لا يتجزأ من عقد التأمين. (3) المؤمنة مخولة أن تقرر قبول الاقتراح أو رفضه من دون أن تكون ملزمة بتسوية قرارها. معلوم لديّ أنه يبدأ سريان عقد التأمين بعد أن تقوم المؤمنة بإصدار تصديق خطي، فقط، على قبوله للتأمين، وبعد أن تكون رسوم التأمين الأولى قد دُفعت كاملة.
- معلوم لديّ أنه بموجب هذه البوليصة ستكون الشركة مُعفاة من تقديم خدمة فيما يتعلق بعاهة أو مرض ولاديين، بما في ذلك حالة صحية و/أو ظاهرة طبية و/أو مرض، سواء أكان معالجًا أم لا، و/أو نتائجها، المباشرة أو غير المباشرة، التي تُسبب بها و/أو تفاقمت في أعقاب وضع صحي، كان قائمًا قبل موعد بداية التأمين، وكلّ ذلك بالخضوع إلى ما هو مذكور في أمر العمال الأجانب في خصوص التغطية في إطار البوليصة Care 4U.
- أصرّح بهذا بأنه ما من شركة تأمين رفضت اقتراحي للتأمين الصحيّ.

موافقة على شروط قبول استثنائية

- أنا أوافق على إخراج التأمين المطلوب:
- مع إضافة طبية، بشرط ألا تزيد عن 75%.
 - مع مجاوزة لمسؤولية الشركة، لن تكون بموجبها مسؤولة عن الإعاقة القائمة و/أو عن القيود الصحية الخاصة بالمرشّح للتأمين، نتائجها وإسقاطاتها.

تصريح صاحب البوليصة

على حدّ علمي، ما هو مصرّح به من قبل المؤمن/ة صحيح هو، ولا علم لديّ بأيّة عاهة أو مرض ولاديين، بما في ذلك الأمراض الوراثية، و/أو وضع صحيّ، و/أو ظاهرة طبية، و/أو مرض، سواء أكان معالجًا أم غير معالج، و/أو نتائجها المباشرة أو غير المباشرة، التي تُسبب بها و/أو تفاقمت في أعقاب وضع صحيّ، كان قائمًا قبل موعد بداية التأمين، و/أو أية معلومات أخرى، حيث إنه لو تمّ إعلام المؤمنة بها، لما كانت المؤمنة ترتبط بموجب هذه البوليصة وتقوم بتأمين المؤمن/ة.

قامت المؤمن/ة بتوقيع هذا التصريح، بعد أن شُرح له/ها مضمونه باللغة التي يفهمها/تفهمها.

توقيع المشغل/ صاحب البوليصة	اسم المشغل/ صاحب البوليصة	تاريخ التوقيع	توقيع المشغل/ صاحب البوليصة
توقيع المرشّح/ة للتأمين	اسم المرشّح/ة للتأمين	تاريخ التوقيع	توقيع المؤمن/ة