

تصريح صحة للبوليصه CARE 4 U / مديكل اينشورنس

تفاصيل المرشح/ة للتأمين						
اسم العائلة	الاسم الشخصي	رقم الجواز	الجنس	تاريخ الميلاد	الطول	الوزن
			ذكر / انثى	/ /		

أسباب متعلقة بالراحة، تمت صياغة الأسئلة التالية بصيغة المذكر، إلا أنها تنطبق على الجنسين. يجب وضع الإشارة x في القائمة المناسبة لدى كل حالة من الإجابة "نعم" يرجى التفصيل في المكان المُعد لذلك.

هل أنت تعاني/ين أو عانيت من أمراض أو عوارض ما؟	نعم	لا
1 جهاز الأعصاب – الدوخة، الأم الرأس، حالات إغماء، حالات شلل، تشنجات فرقة (صرع) – ابيليس، اضطرابات في الذاكرة، فقد الإحساس، مرض ضموري، نزيف دم في الدماغ، C.V.A، اضطرابات في التوازن، الخرف (التسهايم)، الرُعاش (باركينسون)، الإرهاق النفسي، العته، تصلب الممتد، أمراض نفسية.		
2 مجاري التنفس – الاستسما، السَّال، التهاب الرئتين، التهاب الشعب، انتفاخ الرئة، سُعال دموي، تَلَوَّات مُعَاوِدَة 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.		
4 ضغط دم زائد: بما في ذلك الألام في الرجلين في أثناء المشي، التخر 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 الشرج، مشاكل في الكبد أو أمراض كبد، برفان، حصي في المرارة، التهاب في البنكرياس. فصل/ي:		
6 حالات قلق، قلق في منفرج الرجلين، قلق عشوائي، قلق في جدار البطن، قلق مرئي، آثار شق جراحي، قلق فخذي، 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 (أرتريتين)، النقرس، الام ظهر أو رقبه أو عود 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 تركب النظارات؟ اللانقطية في العين، الزَّرَق (جلوكوما). فصل/ي:		
13 أمراض خلق بما فيها التهابات الحلق أو الأذنين المُعَاوِدَة، التهابات في الجيوب الأنفية (سِينوسايتيس)، مشاكل في السمع، متلازمة انقطاع النفس في أثناء النوم، الشخير. فصل/ي:		

أسئلة عامة	نعم	لا
1 هل أنت مريض الآن، أو كنت مريضاً بمرض ما في السنوات الخمس الأخيرة، أو هل تعلم بسوء طراً 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 مرة 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 تعاطي/ين أو تعاطيت السوموم؟		
6 هل خضعت لفحوصات مختبر، بما فيها فحوصات دم، بول وأو فحوصات طبية ما، بما فيها الرسم التخطيطي لكهربانية عمل القلب (اي.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 السبب، والموعد، والنتائج.		
7 هل تعرّضت لحادث أو خضعت لعملية جراحية؟ فصل 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 خُذت لك نسب إعاقه؟		
10 هل تستعين/ين بأجهزة طبية ما؟		
11 هل في الأشهر الستة الأخيرة طراً انخفاضاً 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 تم تشخيصك كمن يعاني/تعاني من مرض مناعه 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 تبين أنك تحصل اجساماً مضادة وأو مريض بفيروس HIV أو البرقان؟ فصل/ي.		
18 أمراض النساء، للنساء فقط: أ. هل أنت حامل؟ (إذا كان الجواب نعم، فصلى) كم عدد الأجنة؟ ب. هل تعانين أو عانيت من أمراض النساء، بما في ذلك: عدم انتظام الدورة الشهرية، مشاكل في الخصوية، حالات نزيف، كُتَل 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، فصلى. ج. هل تعلمين بأمراض ثديين، بما فيها الكُتَل في الثديين؟ د. عدد حالات الحمل السابقة؟ هـ. هل عانيت من مشاكل في حالات الحمل السابقة أو في الحمل الحالي؟ إذا كان الجواب نعم، فصلى. 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 قمتها في تصريح الصحة، صحيحة وكاملة. هي. إذا تبين أن التفاصيل التي قمتها غير صحيحة أو غير كاملة، فسكون "أيلون" مُغفاه من الالتزام والمسؤولية بموجب قانون عقد التأمين.

التنازل عن السرية الطبية
أنا الموقع أدناه، أسمح لهذه لصندوق المرضى وأو مؤسسة الطبية، كما أسمح لجميع الأطباء، والمؤسسات الطبية، والمستشفيات الأخرى، وأو لجميع شركات التأمين، وأو لكل مؤسسة وأو لكل جهة أخرى، بأن ينقلوا إلى "أيلون شركة تأمين مرض". فيما يلي "المدعي"، جميع التفاصيل، بلا استثناء، وبالصوره التي سيطالب بها المدعي، عن حالتي الصحية، وأو عن أي مرض أصبت به في السابق وأو أنا مصاب به الآن، وأو أصاب به في المستقبل، وإبني أعينكم من واجب الحفاظ على السرية الطبية، وانتازل عن هذه السرية تجاه المدعي. كتاب التنازل هذا يلزمني، كما يلزم ورثتي، وموكلتي القانونيين، وكل من سيحل محلي.

تصريح المرشح/ة للتأمين
1. أصرح، وأوافق، وأتعهد بهذا أن: (1) جميع الإجابات صحيحة، وكاملة وأعطيت بمحض إرادتي الحرة. (2) الإجابات المفصلة في تصريح الصحة وأية معلومات أخرى ستقدم إلى المؤمنة، وكذلك الشروط المتبعة لدى المؤمنة في هذا الخصوص، ستكون شرطاً جوهرياً في عقد التأمين بيني وبين المؤمنة، وستكون جزءاً لا يتجزأ من عقد التأمين. (3) المؤمنة مخولة أن تقرّر قبول الاقتراح أو رفضه من دون أن تكون ملزمة بتسويق قرارها. معلوم لدي أنه يبدأ عقد التأمين بعد أن تقوم المؤمنة بإصدار تصديق خطي، فقط على قبوله للتأمين، وبعد أن تكون رسوم التأمين الأولى قد دفعت كاملة.
2. معلوم لدي أنه بموجب هذه البوليصه ستكون الشركة مُغفاه من تقديم خدمة فيما يتعلق بعاهة أو مرض ولاثنين، بما في ذلك حالة صحية وأو ظاهرة طبية وأو مرض، سواء أكان معالجا أم لا، وأو نتائجها، المباشرة أو غير المباشرة، التي تسبب بها وأو تفادتها في أعقاب وضع صحي، كان قائماً قبل موعد بداية التأمين، وأو أية معلومات أخرى، حيث إنه لو تم إعلام المؤمنة بها، لما كانت المؤمنة ترتبط بموجب هذه البوليصه وتقوم بتأمين المؤمنة/ة.
3. أصرح بهذا بأنه ما من شركة تأمين رفضت اقتراحي للتأمين الصحي.

موافقة على شروط قبول استثنائية
أنا أوافق على إخراج التأمين المطلوب: ○ مع إضافة طبية، بشرط ألا تزيد عن 75% . ○ مع مجازة لمسؤولية الشركة، إن تكون بموجبها مسؤولة عن الإعاقة القائمة وأو عن القود الصحية الخاصة بالمرشح للتأمين، نتائجها وإسقاطاتها.

تصريح صاحب البوليصه			
على حد علمي، ما هو مصرح به من قبل المؤمنة/ة صحيح هو، ولا علم لدي بأية عاهة أو مرض ولاثنين، بما في ذلك الأمراض الوراثية، وأو وضع صحي، وأو ظاهرة طبية، وأو مرض، سواء أكان معالجا أم غير معالج، وأو نتائجها المباشرة أو غير المباشرة، التي تسبب بها وأو تفادتها في أعقاب وضع صحي، كان قائماً قبل موعد بداية التأمين، وأو أية معلومات أخرى، حيث إنه لو تم إعلام المؤمنة بها، لما كانت المؤمنة ترتبط بموجب هذه البوليصه وتقوم بتأمين المؤمنة/ة.			
قامت المؤمنة/ة بتوقيع هذا التصريح، بعد أن شُرح له/ها مضمونه باللغة التي يفهمها/تفهمها.			
توقيع المرشح/ة للتأمين	اسم المرشح/ة للتأمين	تاريخ التوقيع	توقيع المرشح/ة للتأمين
توقيع المشغل/ صاحب البوليصه	اسم المشغل/ صاحب البوليصه	تاريخ التوقيع	توقيع المشغل/ صاحب البوليصه