



Group Medical Enrollment Form

شركة أبوظبي الوطنية للتكافل ش.م.ع.
Takaful Abu Dhabi National Takaful Co. P.S.C

A. Policy Holder Name & Address
Policy Number & Plan Type:
Company Name
Employee Name (same as passport)
Mobile No.:
Designation & Staff No.:
Employment Date (Required)
Marital Status: Married <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Widow <input type="checkbox"/> Divorced <input type="checkbox"/>

Takaful Use Only
Approved:
Declined:
Pending:
Documents to be attached for new entrants to UAE: Passport & visa copy with entry stamp and labor contract copy or labor card copy.
Documents to be attached for existing members in UAE: Passport & stamped visa copy, continuity certificate, and labor card / contract.

B. Personal Details (of the beneficiary)

Name of Members	Gender (M/F)	Date of birth DD/ MM/YY	Height Cm	Weight Kg	Nationality / UAE Residence Visa Expiry	Smoker Y/N (Quantity)
Primary						
Spouse						
Child						
Child						
Child						

All family members must enroll if the dependents coverage is required

C. Health Details

- | | Yes | No |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Have you or any of your family members had any change in weight in the last 12 months? If yes, please give reason (if known) and the amount of weight increased / lost. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Have you or any of your family members suffered or sustained any illness, which has resulted to hospitalization or loss of work for more than one week? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Have you or any of your family members ever been treated for or diagnosed with any of the following: AIDS, hepatitis, allergies of any kind, infectious diseases, heart disease, high blood pressure, diabetes, lung disease, liver disease, renal stone, disorder of genital-urinary system, cancer, ulcer, back problems, nervous system or brain disorder or any other serious medical disorders? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Have you or any of your family members ever been declined for Health or Life coverage? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Have you or any of your family members ever had or been advised or expecting to have any surgical operation? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Are you or any of your family members on a regular medication? If yes, please state the name of your medications. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Are you and your family member now in good health, free from disease or injury or disability and actively at work / not confined to the home? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. For Females only: Are you pregnant? If yes, please give the expected delivery date: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Do you or your dependents have any active medical insurance / Takaful cover? If yes, kindly provide us with a copy of the valid medical card. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. If any of the answers to the questions in Part C is "yes", please give full particulars below , noting the Question number & the Primary/Dependent Name: | | |

D. DECLARATION

I, the undersigned, do hereby declare that, to the best of my knowledge, all the answers are full, complete and true. Otherwise, the takaful coverage will be considered null & void in case of false declaration. I further, on my behalf and on behalf of my legal dependents listed above, give full and irrevocable authorization to my hospital, physician or other person who attended us or any member of my family to give (Abu Dhabi National Takaful Company), or its representative all information pertaining to our state of health; and I hereby waive our right of medical confidentiality to the benefit of Abu Dhabi National Takaful Company and its representative. I hereby agree that this form and declaration shall be the basis of the coverage of the medical policy.

Name of Applicant Signature of Applicant Date Authorized Signature & Company Stamp



أ. اسم وعنوان حامل الوثيقة رقم الوثيقة / الفئة:	للاستخدام الخاص بشركة تكافل مقبول:
اسم الشركة:	مرفوض:
اسم الموظف (مطابق لجواز السفر):	مطلوب تفاصيل:
رقم الجوال:	يرفق مع هذا الطلب صورة عن جواز السفر وتأشيرة الدخول عليها ختم الدخول ونسخة عن عقد أو بطاقة العمل بالنسبة للداخلين حديثاً إلى الدولة. أما الأفراد المقيمين مطلوب صورة عن جواز السفر والإقامة بالإضافة إلى شهادة الاستمرارية في التأمين الصحي و نسخة عن العقد أو بطاقة العمل
المسمى والرقم الوظيفي:	
تاريخ التوظيف (مطلوب): يوم / شهر / سنة	
الحالة الاجتماعية: متزوج <input type="checkbox"/> أعزب <input type="checkbox"/> مطلق <input type="checkbox"/> أرمل <input type="checkbox"/>	

ب. التفاصيل الشخصية للمستفيد:

أسماء أفراد العائلة	الجنس (ذكر أو أنثى)	تاريخ الميلاد (يوم/شهر/سنة)	الطول (سم)	الوزن (كغ)	الجنسية / تاريخ انتهاء الإقامة في الإمارات	مدخن (نعم / لا)
الموظف:						
الزوج/الزوجة:						
طفل:						
طفل:						
طفل:						

يجب إضافة كل أفراد العائلة إلى الوثيقة إذا كانت هذه التغطية مطلوبة في وثيقة الشركة

ج. تفاصيل الحالة الصحية:

- هل يوجد أي تغيير في وزنك أو في وزن أحد أفراد أسرتك في آخر 12 شهر؟ (إذا كانت الإجابة نعم، الرجاء إعطاء إفادة بالسبب مع ذكر مقدار الزيادة أو النقصان في الوزن).
- هل عانيت أنت أو أحد أفراد أسرتك من مرض استدعى دخول المستشفى أو البقاء بدون عمل لأكثر من أسبوع؟
- هل سبق لك أو لأحد أفراد عائلتك أن أصيب أو خضع لعلاج بسبب أحد الأمراض التالية: مرض نقص المناعة المكتسب (الإيدز) ، الكبد الوبائي بأنواعه ، الحساسية بأنواعها ، الأمراض المعدية ، أمراض القلب ، الضغط العالي ، مرض السكري ، مرض ذات الرئة ، أمراض الكبد بأنواعها ، حصوى المسالك البولية ، الاضطراب في الجهاز البولي التناسلي ،أمراض السرطان بأنواعه ، القرحة المعدية وغيرها ، آلام الظهر بأنواعه ، اضطرابات المخ والأعصاب ، أو أي اضطرابات مرضيه أخرى .
- هل رفضت إحدى شركات التأمين عمل تأمين طبي أو تأمين على الحياة لك أو لأحد أفراد أسرتك؟
- هل سبق أن خضعت أو طلب منك أنت أو أحد أفراد عائلتك عملية جراحية أو تتوقع عمل جراحي لاحقاً ؟
- هل أنت أو أي من أفراد أسرتك تخضع لعلاج مستمر ومنتظم لأمراض مزمنة؟ (إذا كان الجواب نعم، الرجاء ذكر أسم المرض و اسم الأدوية المستخدمة).
- هل أنت وجميع أفراد عائلتك في حالة صحية جيدة ولا يعانون من أي أمراض أو إصابات وتقومون بأعمالكم بشكل طبيعي ؟
- للسيدات فقط : هل أنت حامل ؟ إذا كانت الإجابة نعم ، الرجاء تحديد الوقت المتوقع للولادة : _____ / _____ / _____
- هل أنت أو أحد أفراد عائلتك لديه بطاقة تأمين صحي لدى أي شركة تأمين أخرى ؟ (إذا كانت الإجابة نعم ، الرجاء تزويدنا بنسخه عن هذه البطاقة) .
- إذا كانت الإجابة على أي من الأسئلة السابقة نعم ، الرجاء إعطاء تفاصيل أكثر في الجزء التالي مع ذكر رقم السؤال واسم فرد العائلة المشار إليه بنعم :

د. تصريح

أقر أنا الموقع أدناه بان كافة الأجوبة أعلاه هي كاملة ، و صحيحة بحسب معرفتي. في حال كانت الإجابات غير صحيحة، فإن تأميني يعتبر لاغ. وكأمر لم يكن. بالإضافة إلى ذلك، إنني وبالنيابة عني وعن عائلتي المدرجة أعلاه، أعطي التفويض الكامل لأي مزود خدمات صحية قدم لنا العلاج أنا أو عائلتي، ولأي طبيب قام بمعاينتنا بأن يزود شركة أبوظبي الوطنية للتكافل أو من يمثلها كل المعلومات والتفاصيل المتعلقة بحالتنا الصحية؛ وبهذا الإقرار أتنازل عن حق السرية الطبية لصالح شركة أبوظبي الوطنية للتكافل و من يمثلها. كما أوافق على أن البيانات أعلاه وهذا التصريح هما أساس تغطية وثيقة التأمين الطبي وجزء لا يتجزأ منها.