



استمارة التسجيل الطبي الفردي

| | |
|---|---|
| إسم صاحب الوثيقة: | لاستخدام شركة أبوظبي الوطنية للتكافل فقط |
| خطة التأمين المطلوبة: | موافق: |
| مهنة مقدم الطلب وعنوانه: | مرفوض: |
| عنوان البريد الالكتروني: | قيد الدراسة: |
| رقم الهاتف المحمول: | المستندات المطلوب إرفاقها: نسخة من الهوية الإماراتية، ونسخة من جواز السفر، ونسخة من التأشيرة لكل عضو، ونسخة من آخر شهادة تأمين أو آخر وثائق بطاقة عضوية التأمين وشهادة الاستمرارية إن وجدت. |
| الحالة الاجتماعية: متزوج <input type="checkbox"/> أعزب <input type="checkbox"/> أرمل <input type="checkbox"/> مطلق <input type="checkbox"/> | |
| هل أنت شخص مكشوف سياسياً: نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> | |

1- من الذي يجب تغطيته بموجب هذه الوثيقة؟

| الاسم الكامل للأعضاء | الجنس (ذكر / أنثى) | تاريخ الميلاد (اليوم / الشهر / السنة) | الطول (سم) | الوزن (كجم) | مدخن: نعم / لا (الكمية) | تفاصيل الكحول: متوسط تناول الكحول في الأسبوع |
|----------------------|--------------------|---------------------------------------|------------|-------------|-------------------------|--|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

يجب تسجيل جميع أفراد الأسرة بموجب الوثيقة

2. التاريخ الطبي

الرجاء الإجابة على جميع الأسئلة التالية إما بـ "نعم" أو "لا" فيما يتعلق بنفسك ومن تعولهم المدرجين في القائمة. إذا كانت أي من الإجابات "نعم" الرجاء تزويدنا بكافة التفاصيل. لا تترك أي إجابات فارغة حيث سيتم إعادة النموذج إليك لإكماله بالكامل وسيؤدي ذلك إلى تأخير طلبك.

أي متقدم عمره فوق 60 عاماً يجب أن يقدم شهادة طبية من طبيب مرخص في دولة الإمارات العربية المتحدة حتى ولو لم تكن هناك حالة طبية يجب التصريح عنها بهذا النموذج.

هل عانيت أنت أو أي شخص مشمول بهذه الوثيقة من أي حالة طبية أو قمت بزيارة طبيب أو تناولت أي دواء لأي من الحالات الطبية التالية؟

| رقم | التفاصيل الطبية | نعم | لا |
|-----|--|-----|----|
| 1 | هل حدث أي فقدان أو زيادة في الوزن خلال الأشهر الاثني عشر الماضية؟ إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى تقديم التفاصيل | | |
| 2 | القلب والأوعية الدموية والدورة الدموية: مثل ارتفاع ضغط الدم وارتفاع الكوليسترول وألم الصدر أو ضيق الصدر، مرض الشريان التاجي أو النوبة القلبية والسكتة الدماغية والحمى الروماتيزمية وعدم انتظام ضربات القلب وعيوب صمام القلب وضعف الدورة الدموية والتشنجات أثناء التمرين أو المشي، تورم الساقين، أمراض القلب الخلقية | | |
| 3 | اضطرابات الدم: مثل فقر الدم واضطرابات النزيف والهيموفيليا وسرطان الدم | | |
| 4 | الجهاز التنفسي أو الرئتين: مثل الربو والتهاب الشعب الهوائية المزمن والالتهاب الرئوي والسعال المستمر وانتفاخ الرئة واضطرابات تدخين السجائر والحساسية وسعال الدم والتهاب الجيوب الأنفية المزمن | | |
| 5 | اضطرابات الجهاز الهضمي أو الكبد: مثل عسر الهضم المتكرر أو حرقة المعدة، تقرحات في الجهاز الهضمي، مرض المرارة، التهاب القولون التقرحي، مرض كرون، التهاب الكبد، اليرقان، قفق الحجاب الحاجز، الإسهال المستمر | | |
| 6 | الأورام والكتل: على سبيل المثال أي أنواع من السرطانات أو الكتل، سواء كانت حميدة أو خبيثة، بما في ذلك الورم الميلانيني ومرض هودجكين وسرطان الثدي | | |
| 7 | اضطرابات أمراض النساء: على سبيل المثال، أكياس على المبيض، وأية حالات في عنق الرحم، وبطانة الرحم، واستئصال الرحم، والإجهاض، والمشاكل المتعلقة بالحمل، ومسحة عنق الرحم غير الطبيعية، والأورام الليفية، والخراجات، وعلاج الخصوبة، ولادة طبيعية أو قيصرية، ولادة المبكرة أو الأطفال الخدج، أو أي مضاعفات أخرى متعلقة بالأومومة، حتى الآن | | |

| رقم | التفاصيل الطبية | نعم | لا |
|-----|---|-----|----|
| 8 | الجهاز البولي التناسلي الذكري: مثل اضطرابات البروستاتا وأورام الخصية | | |
| 9 | اضطرابات الكلى أو المثانة: مثل حصوات الكلى ، والفشل الكلوي ، والتهابات المسالك البولية المتكررة ، ودم في البول ، والتهاب الكلية ، وصعوبة التبول | | |
| 10 | الجهاز العضلي والهيكل العظمي: مثل هشاشة العظام أو التهاب المفاصل الروماتيزمي ، وآلام الظهر ، وانحناء العمود الفقري غير الطبيعي أو اضطرابات العمود الفقري الأخرى ، وعمليات الظهر أو الرقبة ، واضطرابات الورك ، ومشاكل المفاصل أو استبدالها ، وهشاشة العظام ، والنقرس المزمن ، والأورام | | |
| 11 | الاضطرابات النفسية: مثل الاكتئاب ، والقلق أو الاضطرابات المرتبطة بالتوتر ، والاضطرابات الذهانية ، وفقدان الشهية / الشره المرضي ، ونوبات الهلع ، ومحاولة الانتحار ، والاعتماد على الكحول أو المخدرات | | |
| 12 | اضطرابات الغدد الصماء: مثل مرض السكري ، بما في ذلك مضاعفات مرض السكري أو غسيل الكلى ، والسكر في البول ، واضطرابات الغدة الدرقية ، واضطرابات الغدة الكظرية ، واضطرابات النمو غير الطبيعية | | |
| 13 | اضطرابات الجلد: على سبيل المثال الأكزيما ، الصدفية ، سرطانات الجلد ، التهاب النسيج الخلوي | | |
| 14 | الاضطرابات العصبية: على سبيل المثال الصرع ، التصلب المتعدد ، الشلل ، مرض الزهايمر ، مرض باركنسون ، الدوخة ، الإغماء ، التعب المزمن | | |
| 15 | الاضطرابات المتعلقة بالعين: على سبيل المثال الجلوكوما والعمى وجراحة العيون والتهاب الشبكية الصباغي وإعتام عدسة العين وزراعة العدسة والجراحة الانكسارية أو بالليزر | | |
| 16 | اضطرابات الأذن والأنف والحنجرة: على سبيل المثال. ضعف السمع ، التهابات الأذن المتكررة ، التهاب اللوزتين المتكرر | | |
| 17 | الاضطرابات العضلية: مثل الضمور العضلي والوهن العضلي الشديد والتهاب السائل العضروفي واضطرابات هزال (ضعف) العضلات | | |
| 18 | هل تم تشخيص إصابة أي قريب منك أو من تعولهم بأمراض القلب أو ارتفاع الكوليسترول أو مرض السكري أو أي مرض وراثي آخر؟ | | |
| 19 | هل تعاني أنت أو أحد من تعولهم من اضطرابات وراثية أو عيوب خلقية؟ | | |
| 20 | هل سبق لك أو لأي من أفراد أسرتك أن تسعى للحصول على المشورة أو العلاج من فيروس نقص المناعة البشرية أو العدوى ذات الصلة بالإيدز أو سبق أن ثبتت إصابتك بفيروس نقص المناعة البشرية أو الإيدز؟ | | |
| 21 | هل تلقيت أنت أو أي من أفراد أسرتك نصيحة طبية أو علاجاً لأي مرض معد أو مرض استوائي مثل السل أو البلهارسيا أو الملاريا أو الكوليرا أو أي مرض ينتقل عن طريق الاتصال الجنسي؟ | | |
| 22 | هل تلقيت أنت أو أي من أفراد أسرتك استشارة طبية أو استشارة أو علاجاً لتقليل استهلاك الكحول أو للإفراط في تعاطي الكحول أو إدمان الكحول؟ | | |
| 23 | هل تتناول أنت أو من تعولهم حالياً أي دواء بوصفة طبية؟ | | |
| 24 | هل توجد أي حالات حالية ، أو أي حالات أو أعراض أخرى ، لم يتم تفصيلها أعلاه ، والتي تم بالفعل التوصية أو تلقي المشورة الطبية أو التشخيص أو الرعاية أو العلاج بشأنها ، أو هل خضعت لأية عمليات أو إجراءات طبية أو جراحية سابقة؟ | | |
| 25 | هل تم رفضك أو تعرض أحد من تعولهم لأي فترات انتظار أو استثناءات أو عقوبات في أي خطة تأمين صحي أخرى؟ | | |
| 26 | هل تم تشخيصك كمريض COVID-19 (فيروس كورونا المستجد)؟ إذا نعم متى:..... | | |
| | هل كنت ، خلال الـ 14 يوماً الماضية ، على اتصال وثيق بشخص تم تشخيص إصابته بـ COVID-19 | | |
| | هل عانيت من أي حمى أو أعراض تنفسية مثل "السعال والعطس وصعوبة التنفس" في الأيام الثلاثة الماضية | | |
| | هل سافرت إلى أي دولة أخرى في آخر 14 يوماً؟ إذا اجبت بنعم، من فضلك وضع..... | | |
| | هل تطوعت للتجارب السريرية للقاح COVID 19؟ | | |
| | هل تلقيت جرعة اللقاح؟ | | |

| | | | |
|--|---|-----|----|
| رقم | التفاصيل الطبية | نعم | لا |
| 27 | للإناث فقط (مقدم الطلب أو المعال): هل أنت حامل؟ إذا كانت الإجابة بنعم ، يرجى ذكر تاريخ الولادة المتوقع. | | |
| | هل حدثت أي تعقيدات حتى الآن؟ | | |
| | إذا كان الجواب لا ، تاريخ آخر دورة شهرية: | | |
| | هل تحاولين الان الحمل؟ | | |
| | هل تخضعين لأي شكل من أشكال علاج الخصوبة؟ | | |
| إقرار: أتفهم وأقر بأن أي حمل غير مصرح به في وقت تعبئة هذا النموذج سوف يكون خاضع لتقدير المؤمن فقط. والمؤمن يكون له الحق في عدم تغطية أي مطالبة متعلقة بحالات الأمومة لأي حمل غير مصرح به. كما أتفهم وأقر بأن أي حمل يحدث خلال أربعين يوم بدءا من تاريخ هذا النموذج فإن التغطية أيضا سوف تكون خاضعة لتقدير المؤمن. | | | |
| 28 | هل لديك أنت أو من تعولهم أي تأمين طبي / تغطية تكافلية سارية المفعول؟ إذا كانت الإجابة بنعم ، فيرجى تزويدنا بصورة من البطاقة الطبية سارية المفعول. | | |

إذا كنت قد أجبت بـ "نعم" على أي من الأسئلة أعلاه ، فيرجى تقديم التفاصيل الكاملة أدناه

| سؤال رقم: | اسم الشخص (صاحب الحالة الطبية) | التفاصيل (بما في ذلك التفاصيل الكاملة للحالة الطبية وتواريخ التشخيص والعلاج والعلاج الذي تم إجراؤه واسم وعنوان الطبيب (الأطباء) الذي تمت استشارته) |
|-----------|--------------------------------|--|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

إذا كانت المساحة المتوفرة غير كافية ، يرجى استخدام نموذج طلب جديد.

| | | |
|---------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| يوجد معلومات إضافية مرفقة | <input type="checkbox"/> نعم | <input type="checkbox"/> لا |
|---------------------------|------------------------------|-----------------------------|

بناء على التصريح أعلاه ، يحتفظ المؤمن بالحق في طلب أي تقارير طبية إضافية / مستندات لاستكمال تقدير الحالة الطبية.

تصريح

أنا الموقع أدناه، نيابة عني ونيابة عن المعالين القانونيين المذكورين أعلاه أصرح وأعلن ، على حد علمي ، أن جميع الإجابات مكتملة، كاملة وصحيحة.

وإلا **فإن تغطية التكافل تعتبر لاغية وباطلة بأثر فوري في حالة التصريح الكاذب أو التحريف أو عدم التصريح أو إخفاء للحقيقة. وأنني سأقوم بإخطار شركة أبوظبي الوطنية للتكافل بأي تطور للحالة الصحية بعد التوقيع على نموذج الطلب حتى تاريخ الموافقة لإعادة تقييم الطلب وتجنب رفض الخدمات الطبية لاحقاً.**

كما أنني ، نيابة عني ونيابة عن الأشخاص المعالين القانونيين المذكورين أعلاه ، أمنح تفويضاً كاملاً وغير قابل للإلغاء إلى المستشفى أو الطبيب أو أي شخص آخر مشارك في رعايتنا الصحية أو أي فرد من أفراد عائلتي لتقديم جميع المعلومات المتعلقة بحالتنا الصحية لشركة أبوظبي الوطنية للتكافل أو من يمثلها ؛

وأتنازل بموجب هذا عن حقنا في السرية الطبية لصالح شركة أبوظبي الوطنية للتكافل وممثلها؛ كما أفوض شركة أبوظبي الوطنية للتكافل بمشاركة السجلات الطبية الخاصة بي مع مزودي الخدمات الطبية والغير عند الحاجة. وأوافق على أن هذا النموذج والتصريح يجب أن يكونا أساس تغطية الوثيقة الطبية. **اطلعت على المقدمة الشرعية ، والشروط ، والأحكام ، والاستثناءات ، وجدول الوثيقة والتغطيات الإضافية الخاصة بوثيقة التأمين ، ووافقت عليها.**