

رقم جواز السفر		اسم العائلة	الاسم الشخصي	تاريخ الميلاد	الجنس
					ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/>
في التصریح الطبي يجب الإجابة على الأسئلة الموجودة فيما يلي بوضع إشارة ✓ في عمود الإجابة الملائمة. في حال كانت الإجابة لإحدى الأسئلة إيجابية، يجب إرفاق مستند حديث ومحتلن من الطبيب المعالج بخصوص المشكلة المُصرّح عنها، نتائج فحوصات، طريقة العلاج والوضع الحالي.					
قسم "أ": أسئلة عامة					
لا	نعم	1. هل تستعمل الآن أو استعملت المخدرات؟ <input type="checkbox"/> هل أنت تشرب الكحول، بشكل دائم (أكثر من 2 كأس في اليوم)؟			
لا	نعم	2. هل تمّ تحويلك خلال السنوات الـ 5 الأخيرة و/ أو هل أنت تقوم/ين حالياً بإجراء الفحوصات الطبية و/ أو التشخيصية التالية، التي لم تنته بعد ولم يتم بعد تحديد تشخيص نهائي لها: قسطرة، فحص أشعة فوق الصوتية (Ultrason)، تخطيط صدى القلب، CT، MRI، أولتراساوند (ليس كجزء من روتين متابعة الحمل)، خزعة، فحص للكشف عن دم بالبراز، فحص تنظير القولون أو تنظير المعدة؟ (إذا كان الجواب نعم، يجب إرسال مستند من الطبيب المعالج مع تطرق لسبب إجراء الفحص، نتائج الفحص والتشخيص النهائي).			
لا	نعم	3. هل اجترت عملية جراحية، أو أعطيت لك نصيحة بإجراء عملية جراحية في الـ 5 سنوات الأخيرة؟ فصل/ي.			
لا	نعم	4. هل مكثت في المستشفى في الـ 5 سنوات الأخيرة؟ فصل/ي سبب مكوّنك في المستشفى والعلاج الذي حصلت عليه.			
لا	نعم	5. هل خلال السنوات الـ 10 الأخيرة تناولت أو أوصي لك بتناول أدوية بصورة منتظمة؟ فصل/ي ما هي المشكلة التي بسببها حصلت على علاج، ما هو العلاج، ومنذ متى وأنت تتناول/ين هذا الدواء؟			
لا	نعم	قسم "ب": هل تمّ تشخيص مرض لديك، ظاهرة أو اضطراب معين له علاقة بواحد أو أكثر من المواضيع المفصلة فيما يلي:			
لا	نعم	1. <input type="checkbox"/> الجهاز العصبي <input type="checkbox"/> سكتة دماغية <input type="checkbox"/> داء الصرع <input type="checkbox"/> تصلب الأنسجة المتعدد <input type="checkbox"/> رجفة <input type="checkbox"/> ضمور العضلات (HIV III) أو مرض ضموري آخر <input type="checkbox"/> الباركنسون، في حال كان الجواب نعم لواحدة أو أكثر من المشاكل، يجب إرفاق رسالة محتلنة من طبيب الأعصاب المعالج.			
لا	نعم	2. العينين والرؤية (يجب ذكر النظارات فقط إذا كان رقم قياس العدسات أكثر من 7)			
لا	نعم	3. <input type="checkbox"/> القلب <input type="checkbox"/> الأوعية الدموية			
لا	نعم	4. الغدة الدرقية			
لا	نعم	5. <input type="checkbox"/> الربو <input type="checkbox"/> السل <input type="checkbox"/> COPD (مرض رئتين إنسدادى مزمن)			
لا	نعم	6. <input type="checkbox"/> المعدة <input type="checkbox"/> الأمعاء <input type="checkbox"/> المريء <input type="checkbox"/> كيس المرارة <input type="checkbox"/> الكبد <input type="checkbox"/> يرقان <input type="checkbox"/> بواسير - هل خضعت لعملية جراحية: <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم، في تاريخ: هل تمّ حل المشكلة: <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم			
لا	نعم	7. <input type="checkbox"/> فتاق: موضع الفتاق: <input type="checkbox"/> في الحجاب الحاجز <input type="checkbox"/> في السرة <input type="checkbox"/> في أعلى الفخذ اليميني <input type="checkbox"/> في أعلى الفخذ اليسار. هل خضعت لعملية جراحية لعلاج الفتاق؟ <input type="checkbox"/> لا، <input type="checkbox"/> نعم، متى (تاريخ): هل تمّ حل المشكلة: <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم			
لا	نعم	8. <input type="checkbox"/> إيدز و/أو حامل لفيروس HIV			
لا	نعم	9. <input type="checkbox"/> الذئبة (Lupus)			
لا	نعم	10. <input type="checkbox"/> كلي <input type="checkbox"/> المجاري البولية			
لا	نعم	11. <input type="checkbox"/> الظهر والعمود الفقري <input type="checkbox"/> الركبتين <input type="checkbox"/> كسور <input type="checkbox"/> مفاصل			
لا	نعم	12. <input type="checkbox"/> أورام جلدية			
لا	نعم	13. <input type="checkbox"/> مرض الزهري			
لا	نعم	14. <input type="checkbox"/> أورام خبيثة / أمراض خبيثة (سرطان)			
لا	نعم	15. <input type="checkbox"/> للنساء: <input type="checkbox"/> الثدي <input type="checkbox"/> الجهاز النسائي			

فصل:

1. أصرح بهذا أن كل الإجابات صحيحة وكاملة وأعطيت جميعها باختيارى التام.
2. الإجابات المفصلة في التصريح الصحي وأي معلومات أخرى ستعطى للشركة المؤمنة، وكذلك الشروط المقبولة لدى الشركة المؤمنة في هذا الخصوص ستستعمل كشرط أساسي لعقد التأمين بيني وبين الشركة المؤمنة وستكون بمثابة جزء لا يتجزأ منه.
3. تملك الشركة المؤمنة الحق بقبول العرض أو رفضه بدون أن تكون ملزمة بتبرير قرارها هذا. لعلمك، عقد التأمين سيكون ساري المفعول فقط بعد أن تُصدر الشركة المؤمنة موافقة خطية بقبولها الشخص المرشح للتأمين وبعد أن يتم دفع رسوم التأمين الأولى كاملة. شرط دفع كافة رسوم التأمين الأولى هذا، لن يكون ساري المفعول في حال لم تقبل الشركة المؤمنة وسيلة الدفع التي أعطاها الشخص المؤمن لجباية أقساط التأمين منه.
4. المعلومات المشمولة في هذه الوثيقة ضرورية من أجل انضمامك للبوليصة ولكل موضوع يتعلق بالبوليصات وكيفية معالجة موضوع البوليصات. الشركة وشركات أخرى من مجموعة هارثيل (هارثيل استثمار في التأمين وخدمات مالية م.ض. وشركات فرعية لها) و/ أو كل من هو من جهتها ستستعمل هذه الوثيقة، بما في ذلك تحريرها وحفظها واستعمالها في كل ما له علاقة في البوليصات ولأهداف شرعية قانونية أخرى، وذلك حتى من خلال تحويل هذه المعلومات إلى جهات ثالثة التي تعمل تحت إسم ومن قبل مجموعة هارثيل.
5. هل قامت شركة تأمين معينة برفض أو إلغاء عرض لك لتأمين صحي؟ لا نعم، فضل.....
6. التنازل عن السرية الطبية: أنا الموقع أدناه، أعطي الحق لصندوق المرضى و/أو مؤسساتها الطبية وكذلك لجميع الأطباء و/ أو الأطباء النفسيين، المؤسسات الطبية والمستشفيات الأخرى، و/ أو لكل شركة تأمين و/أو لكل مؤسسة وجهة أخرى، كما يقتضي الأمر لتوضيح الحقوق والاستحقاقات المُعطاة بحسب هذه البوليصة، و/ أو من أجل فحص إمكانية قبولي للتأمين المذكور بإعطاء شركة هارثيل جميع التفاصيل الموجودة لدى الشركة، دون استثناء وبأي طريقة تُطلب من طالب المعلومات حول وضعي الصحي و/ أو عن أي مرض أصابني في السابق و/أو أعاني منه اليوم. و/ أو سأمرض به في المستقبل وأنا أعتكمنم الإلتزام بحفظ السرية الطبية وأتنازل عن هذه السرية تجاه "مقدم الطلب". هذا التنازل يلزمني ، وممتلكاتي ومحامي القانوني وكل من هو بدلاً مني.

تم توقيع استمارة التصريح الصحي هذه من قبل المرشح للتأمين بعد أن شُرح له مضمونها باللغة المفهومة له.

التاريخ توقيع المرشح للتأمين توقيع الشاهد