

**تصريح صحة للبوليصة CARE 4 U / مديكل إينشورنس**

تفاصيل المرشح/ة للتأمين						
اسم العائلة	الاسم	تاريخ	رقم الجواز	الجنس	تاريخ الميلاد	الطول
				ذكر / أنثى	/ /	

أسباب متعلقة بالراحة، تمت صياغة الأسئلة التالية بصيغة المنكر، لا أنها تنطرق إلى الجنسين. يجب وضع الإشارة x في القائمة المناسبة. لدى حالة من الإجابة "نعم" يرجى التفصيل في المكان هـنالك.

هل أنت تعاني/ين أو عانيت من أمراض أو عوارض ما؟	نعم	لا
1 جهاز الأعصاب - البوخة، الأم الرأس، حالات إغماء، حالات شلل، تشنجات فرقة (صرع) - إيبليس، اضطرابات في الذاكرة، فقد الإحساس، مرض ضموري، نزيف دم في الدماغ، C.V.A، اضطرابات في التوازن، الخرف (التسهييم)، الرُعاش (باركينسون)، الإرقاق النفسي، الغث، تصلب الممتد، أمراض نفسية.		
2 مجاري التنفس - الاستسما، السلة، التهاب الرئتين، التهاب الشعب، انتفاخ الرئة، سُعال دموي، ثلوثات مُعادرة في مجاري التنفس، استرواح صفي. 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 الآلام في الرجلين في أثناء المشي، التخر الوريدي، الدوالي الوريدية، اضطرابات في الدورة الدموية، تضيق الشرايين. فصل/ي:		
5 جهاز الهضم - مرض - حن بجهاز الهضم (قرحة معدة أو المعى الإثنا عشر)، حالات حرقة، مرض 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 مفرج الرجلين، قلق عشوائي، قلق في جدار البطن، قلق مرئي، آثار شق جراحي، قلق فخذي، دوالي الحبل. لفي. فصل/ي:		
7 أمراض كلية ومسالك بولية - ثلوثات و التهابات في المسالك البولية، بما في ذلك: الحصي في الكليتين أو في المسالك البولية، الدم/البروتين/السكر في البول، الأكياس في الكليتين، مشاكل في اليوستات. فصل/ي:		
8 المفاصل والعظام، بما في ذلك التهاب المفاصل (أرتريتين)، النقرس، الأم ظهر أو رقية أو عود في حيوط القوس، الكتف، الركبة، الكاحل، المفاصل الأخرى، أمراض عظم. فصل/ي:		
9 ما متعلقة بتبدل لفا وجهاز المناعة، بما فيها السكري، الاضطراب في الغدة الدرقية، الاضطراب في الكظرية، الاضطراب في الغدة النخامية، أو في غد 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 (هن/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؟ اللانقطعية في العين، الزرق (جلوكوما). فصل/ي:		
13 أمراض خلق بما فيها التهابات الحلق أو الأذن المُلعدة، التهابات في الجيوب الأنفية (سنيوسايتيس)، 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 لبرق 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 اليوم. هل تتعاطى/ين أو تعاطيت السموم؟		
6 هل خضعت لفحوصات مختبر، بما فيها فحوصات دم، بول وأو فحوصات طبية ما، بما فيها الرسم التخطيطي لكهربائية عمل القلب (اي.كي.جي)، تصاوير رنتجن بمختلف أنواعها (الصدر، مجاري الهضم، الكليتان، العظام، العمود الفقري، وغيرها...)، المسح، التصوير لفتق 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 إعاقة؟		
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 - صم (بما في ذلك العاهة الولادية) غير مذكور في هذا التصريح، فصل/ي.		
14 هل تُتشخيصك كمن يعاني/عاني 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 تبين أنك تحمل أجساماً مضادة وأو مريض بفيروس HIV أو البرقان؟ فصل/ي.		
18 أمراض نساء، للنساء فقط: أ. هل أنت حامل؟ (إذا كان الجواب نعم، فصلتي) كم عدد الأجنة؟ ب. هل تعانين أو عانيت من أمراض نساء، بما في ذلك: عدم انتظام الدورة الشهرية، مشاكل في الخصوية، حالات نزيف، كل في الثديين، في الرحم، في المبيضين، نتائج غير سليمة في فحص حن بأمراض النساء (مثل PAP) أو اضطرابات أخرى خاصة بأمراض النساء؟ إذا كان الجواب نعم، فصلتي. 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، فصلتي. و. هل ولدت بعملية قيصرية؟ ز. عدد الأولاد (بما في ذلك الأولاد من الزوجات السابقة)؟ ح. متى أجرى 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" مُفغة من الالتزام والمسؤولية بموجب قانون عقد التأمين.

التنازل عن السرية الطبية
أنا الموقع أدناه، أسمح بهذه لصندوق المرضى وأو مؤسسة طبية، كما أسمح لجميع الأطباء، والمؤسسات الطبية، والمستشفيات الأخرى، وأو جميع شركات التأمين، وأو مؤسسة وأو جهة أخرى، بأن ينقلوا إلى "أيلون شركة تأمين مضمّن". فيما يلي "المذعي"، جميع التفاصيل، بلا استثناء، وبالصورة التي سيطالب بها المذعي، 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، وأتنازل عن هذه السرية تجاه المذعي. كتاب التنازل هذا يلزمني، كما يلزم ورثتي، بين القانونيين، ولا من سلفي 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 - شتم في الوثيقة، وكذلك الشروط المتبعة لدى الوثيقة في هذا الخصوص، ستكون شرطاً جوهرياً في عقد التأمين بيني وبين المؤسسة، وستكون جزءاً لا يتجزأ من عقد التأمين. (3) المؤسسة محوّلة أن تقرّر قبول الاقتراح أو رفضه من دون أن تكون ملزمة بتسويق قرارها. معلوم: في أنه يبدأ سريان عقد التأمين بعد أن تقوم المؤسسة بإصدار تصديق خطي، فقط على قبوله للتأمين، وبعد أن تكون رسوم التأمين الأولى قد دُفعت كاملة.
2. معلوم: في أنه بموجب هذه البوليصة ستكون الشركة مُفغة من تقديم خدمة فيما يتعلق بعاهة أو مرض - وثقن، بما في ذلك حالة صحية وأو ظاهرة طبية وأو مرض، سواء أكان معالجاً أم لا، وأو نتاجها، المباشرة أو غير المباشرة، التي تُسبب بها وأو تفاقمت في أعقاب وضع صحي، كان قائماً قبل موعد بداية التأمين، وأو أية معلومات أخرى، حيث إنه لو - إعلام المؤسسة بها، لما كانت - فئمة ترتبط بموجب هذه البوليصة وتقوم بتأمين المؤمن/ة.
3. أصرح بهذا بأنه ما من شركة تأمين رفضت اقتراحي للتأمين - مسج.

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

تصريح صاحب البوليصة			
على - علمي، ما هو مصرح به من قبل المؤمن/ة صحيح هو، ولا علم - في بآية عامة أو مرض ولاثنين، بما في ذلك الأمراض الوراثية، وأو وضع صحي، وأو ظاهرة طبية، وأو مرض، سواء أكان معالجاً أم غير معالج، وأو نتاجها المباشرة أو غير المباشرة، التي تُسبب بها وأو تفاقمت في أعقاب وضع صحي، كان قائماً قبل موعد بداية التأمين، وأو أية معلومات أخرى، حيث إنه لو - إعلام المؤسسة بها، لما كانت - فئمة ترتبط بموجب هذه البوليصة وتقوم بتأمين المؤمن/ة.			
توقيع المؤمن/ة	توقيع المشغل/ صاحب البوليصة	اسم المشغل/ صاحب البوليصة	تاريخ التوقيع
توقيع المؤمن/ة	توقيع المشغل/ صاحب البوليصة	اسم المشغل/ صاحب البوليصة	تاريخ التوقيع