



استمارة الإقرار الطبي الجماعي Group Takaful Medical Declaration Form

| 1- Medical Declaration | الإقرار الطبي | | 1- |
|---|--|---|---|
| All questions in this section must be answered by the applicant and also for the dependent included in this application. For any question that has been answered Yes please provide with details of the medical condition in the space provided in section 2 of this proposal form. The company reserves the right to request additional medical information. | | | يجب الإجابة عن جميع الأسئلة في هذا القسم من قبل طالب التأمين وكذلك عن المعالين المضمينين في هذا الطلب. إذا كانت الإجابة لأي من الأسئلة "نعم" الرجاء ذكر تفاصيل الحالة الطبية في الفراغ المبين في القسم رقم 2 من هذا الطلب. تحتفظ الشركة بالحق في طلب أية معلومات طبية إضافية. |
| | Applicant طالب التأمين (نعم/لا) (Yes/No) | Dependents المعالين (نعم/لا) (Yes/No) | |
| Has anyone been diagnosed with any medical condition, or received treatment (including medications or consultations) for any medical conditions during the last 24 months. | | | هل سبق لأحد ما أن تم تشخيصه لأية حالة صحية ، أو تلقى معاملة (شاملا العلاجات ، أو الاستشارات) لأية حالات طبية خلال فترة 24 شهر الماضية؟ |
| Has anyone been treated for, diagnosed with or been told that they have any of the following diseases, conditions, medical problems, disorders, sickness or problems relating to any of the following: | | | هل سبق لأحد ما أن تمت معالجته ، أو تم تشخيصه ، أو تم إبلاغه بأن لديه أ من الأمراض التالية، الحالات، المشاكل الطبية، الاضطرابات، الأمراض أو المشاكل المتعلقة بأي من الأتي:- |
| Heart, Cardiovascular, or circulatory condition? | | | القلب ، عرض قلبي وعائي أو دوراني؟ |
| Blood vessels or arteries or blood pressure? | | | الأوعية الدموية، أو الشرايين، أو ضغط الدم؟ |
| Migraines, Headaches or Stroke? | | | شقيقة ، صداع أو سكتة؟ |
| Diabetes? | | | السكر؟ |
| Cancer, Tumor, Cyst, Polyp, Lump or Growth of any kind? | | | سرطان ، ورم ، كيس ، سلية، كتلة أو أي ورم من أي نوع كان؟ |
| Liver, Stomach, Gall Bladder, Colon or Intestines? | | | الكبد، المعدة، المرارة ، القولون أو الأمعاء؟ |
| Kidney or Prostate? | | | الكلية أو البروستاتا؟ |
| Lung, Respiratory system or Asthma? | | | الرئة، الجهاز التنفسي، أو داء الربو؟ |
| Mental, Nervous or Neurological disorders? | | | اضطراب نفسي أو عصبي؟ |
| Bone or Skeletal system disorders including Knee, Hip or Back | | | اعتلال في العظام أو الجهاز الهيكلي بما فيها الركبة، الورك أو الظهر؟ |
| Reproductive system disorders? | | | اعتلال في الجهاز التناسلي؟ |

| | | | |
|--|--|--|---|
| Use of Tobacco in any form? | | | تعاطي التبغ بأي شكل؟ |
| Is anyone currently pregnant? | | | هل توجد أي أنثى حامل الآن؟ |
| Is anyone presently disabled, hospitalized or unable to perform normal activities? | | | هل يوجد أي أحد يعاني من عجز ، يتلقى استشفاء ، أو غير قادر على أداء النشاطات العادية حاليا ؟ |
| Any other illness, injury or condition not stated above? | | | أي مرض آخر أو إصابة أو حالة لم يتم ذكرها سابقا؟ |

| | | |
|----|---|--|
| 2- | Details of Declared Medical Condition(s) | تفاصيل الحالة (الحالات) الطبية المصرح بها |
|----|---|--|

| Name of Applicant اسم طالب التأمين | Declared Medical Condition الحالة الطبية المصرح بها | Status of the declared Medical Condition وضع الحالة الطبية المصرح بها | | | |
|---------------------------------------|--|--|--|---|----------------------------------|
| 1. | | Is it cured? | <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | | هل تم علاجها ؟ |
| | | If yes , specify mode of treatment | Medical <input type="radio"/> طبي | Surgical <input type="radio"/> جراحي | إذا تم علاجها اذكر نوع المعالجة؟ |
| | | Ongoing Symptoms | <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | | أعراض متواصلة |
| | | Ongoing Hospitalization | <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | | استشفاء متواصل |
| | | Pending Hospitalization | <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | | بانتظار استشفاء |
| | | Ongoing Treatment | <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | | معالجة متواصلة |
| | | Pending Treatment | <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | | بانتظار المعالجة |
| 2. | | Is it cured? | <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | | هل تم علاجها ؟ |
| | | If yes , specify mode of treatment | Medical <input type="radio"/> طبي | Surgical <input type="radio"/> جراحي | إذا تم علاجها اذكر نوع المعالجة؟ |
| | | Ongoing Symptoms | <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | | أعراض متواصلة |
| | | Ongoing Hospitalization | <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | | استشفاء متواصل |
| | | Pending Hospitalization | <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | | بانتظار استشفاء |
| | | Ongoing Treatment | <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | | معالجة متواصلة |
| | | Pending Treatment | <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | | بانتظار المعالجة |
| 3. | | Is it cured? | <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | | هل تم علاجها ؟ |
| | | If yes , specify mode of treatment | Medical <input type="radio"/> طبي | Surgical <input type="radio"/> جراحي | إذا تم علاجها اذكر نوع المعالجة؟ |
| | | Ongoing Symptoms | <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | | أعراض متواصلة |
| | | Ongoing Hospitalization | <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | | استشفاء متواصل |
| | | Pending Hospitalization | <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | | بانتظار استشفاء |
| | | Ongoing Treatment | <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | | معالجة متواصلة |
| | | Pending Treatment | <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | | بانتظار المعالجة |
| 4. | | Is it cured? | <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | | هل تم علاجها ؟ |
| | | If yes , specify mode of treatment | Medical <input type="radio"/> طبي | Surgical <input type="radio"/> جراحي | إذا تم علاجها اذكر نوع المعالجة؟ |
| | | Ongoing Symptoms | <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | | أعراض متواصلة |
| | | Ongoing Hospitalization | <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | | استشفاء متواصل |
| | | Pending Hospitalization | <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | | بانتظار استشفاء |
| | | Ongoing Treatment | <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | | معالجة متواصلة |
| | | Pending Treatment | <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | | بانتظار المعالجة |

| | | | | | |
|----|--|------------------------------------|--|---|----------------------------------|
| 5. | | Is it cured? | <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | | هل تم علاجها؟ |
| | | If yes , specify mode of treatment | Medical <input type="radio"/> طبي | Surgical <input type="radio"/> جراحي | إذا تم علاجها اذكر نوع المعالجة؟ |
| | | Ongoing Symptoms | <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | | أعراض متواصلة |
| | | Ongoing Hospitalization | <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | | استشفاء متواصل |
| | | Pending Hospitalization | <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | | بانتظار استشفاء |
| | | Ongoing Treatment | <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | | معالجة متواصلة |
| | | Pending Treatment | <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | | بانتظار المعالجة |
| 6. | | Is it cured? | <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | | هل تم علاجها؟ |
| | | If yes , specify mode of treatment | Medical <input type="radio"/> طبي | Surgical <input type="radio"/> جراحي | إذا تم علاجها اذكر نوع المعالجة؟ |
| | | Ongoing Symptoms | <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | | أعراض متواصلة |
| | | Ongoing Hospitalization | <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | | استشفاء متواصل |
| | | Pending Hospitalization | <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | | بانتظار استشفاء |
| | | Ongoing Treatment | <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | | معالجة متواصلة |
| | | Pending Treatment | <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | | بانتظار المعالجة |
| 7. | | Is it cured? | <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | | هل تم علاجها؟ |
| | | If yes , specify mode of treatment | Medical <input type="radio"/> طبي | Surgical <input type="radio"/> جراحي | إذا تم علاجها اذكر نوع المعالجة؟ |
| | | Ongoing Symptoms | <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | | أعراض متواصلة |
| | | Ongoing Hospitalization | <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | | استشفاء متواصل |
| | | Pending Hospitalization | <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | | بانتظار استشفاء |
| | | Ongoing Treatment | <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | | معالجة متواصلة |
| | | Pending Treatment | <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | | بانتظار المعالجة |
| 8. | | Is it cured? | <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | | هل تم علاجها؟ |
| | | If yes , specify mode of treatment | Medical <input type="radio"/> طبي | Surgical <input type="radio"/> جراحي | إذا تم علاجها اذكر نوع المعالجة؟ |
| | | Ongoing Symptoms | <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | | أعراض متواصلة |
| | | Ongoing Hospitalization | <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | | استشفاء متواصل |
| | | Pending Hospitalization | <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | | بانتظار استشفاء |
| | | Ongoing Treatment | <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | | معالجة متواصلة |
| | | Pending Treatment | <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | | بانتظار المعالجة |
| 9. | | Is it cured? | <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | | هل تم علاجها؟ |
| | | If yes , specify mode of treatment | Medical <input type="radio"/> طبي | Surgical <input type="radio"/> جراحي | إذا تم علاجها اذكر نوع المعالجة؟ |
| | | Ongoing Symptoms | <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | | أعراض متواصلة |
| | | Ongoing Hospitalization | <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | | استشفاء متواصل |
| | | Pending Hospitalization | <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | | بانتظار استشفاء |
| | | Ongoing Treatment | <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | | معالجة متواصلة |
| | | Pending Treatment | <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | | بانتظار المعالجة |

| 3- | Declaration | الإقرار | -3 |
|------------------------|--|---|----|
| | <p>I hereby declare and warrant that the above statements are true and complete. I understand that any misinterpretation contained herein would void the contract and any and all claims will be forfeited. I understand that any medical condition that existed prior to the date I am accepted for coverage will be excluded from coverage, whether or not that condition is disclosed on this application. I understand that the insurance company will not be on risk until it has accepted the Proposal and communication of the acceptance has been given to me in writing.</p> <p>I consent and authorize the Insurer to seek medical information from any Medical practitioner, hospital, clinic, health related facility, pharmacy, insurance agency, insurance company or administrator having advice or documents pertaining to the care, advice, treatment, diagnosis or prognosis of any medical condition.</p> <p>I agree that this proposal shall form the basis of the contract should the insurance be effected. Upon receipt of confirmation on our quote, the benefits under the quote will be considered the basis for the contract and will remain UNALTERED through out the policy period. If after the insurance is effected, it is found that the statements, answers and particulars stated in the Proposal form and its questionnaires are incorrect or untrue in any respects, the Insurance company shall incur no liability under this insurance.</p> | <p>أقر أنا وأتعهد بأن كافة التصريحات أعلاه صحيحة وكاملة. إنني أدرك بأن أي تأويل خاطئ مضمن في هذا الطلب سوف يلغي العقد وسيتم مصادرة جميع المطالبات. إنني أدرك بأن أية حالة مرضية موجودة مسبقا والتي ظهرت قبل تاريخ قبولي بالتأمين سوف يتم استثناءها من التغطية سواء تم التصريح بها في هذا الطلب أو لا. أنني أدرك بأن شركة التأمين لن تتحمل الخطر ما لم يكن قد تم قبول طلب التأمين وتم إشعاري خطيا بالموافقة.</p> <p>أوافق أنا وأخول المؤمن (شركة التأمين) بأن تطلب معلومات طبية من أي طبيب ممارس لمهنة الطب ، مستشفى، عيادة، مرفق صحي، صيدلانية، وكالة تأمين، شركة تأمين، أو أي مدير يمكنه تقديم المشورة، أو وثائق متعلقة بالعاية، النصيحة، المعالجة، التشخيص، أو تنبؤ عن أية حالة طبية.</p> <p>أوافق على أن هذا الطلب يعتبر أساسا لعقد التأمين. عند استلام الموافقة على عرض سعرنا فإن المنافع الموضحة في عرض السعر سوف تعتبر أساس العقد ولن يطرأ عليها أي تعديل خلال فترة الوثيقة. إذا حدث أنه بعد بدء سريان العقد ، بأن التصريحات ، والأجوبة والتفاصيل الموضحة في طلب التأمين والاستبيانات المضمنة فيه غير صحيحة أو غير حقيقية من أية ناحية فإن شركة التأمين لن تتحمل أية مسئولية بموجب هذا التأمين.</p> | |
| Authorized Person Name | اسم الشخص المخول | | |
| Position | الوظيفة | | |
| Signature | التوقيع | | |
| Date | التاريخ | | |
| Place | المكان | | |
| Company Stamp | ختم الشركة أو الجهة | | |