

Medical Application Form

نموذج طلب تأمين صحي

Name الإسم	Relation صلة القرابة	D. O. B تاريخ الميلاد	Sex الجنس	Marital Status الحالة الإجتماعية	Height الطول	Weight الوزن	Emirates الإمارة

Email البريد الإلكتروني	Mobile المحمول

Please answer all questions mentioned below as either Yes or No.

Any non-disclosure, misrepresentation, or concealment of material fact will make this policy void with immediate effect.

الرجاء الإجابة على كل الأسئلة المنصوص عليها أدناه بنعم أو لا.

أي حالة من حالات عدم التصريح أو التحريف أو إخفاء للحقيقة سوف تجعل هذه الوثيقة باطلة بأثر فوري.

Date: _____
التاريخ

Applicant's Signature: _____
توقيع العميل



No.	Medical Details التفاصيل الطبية	Declaration الإقرار	If yes, provide comment: إذا كانت الإجابة بنعم الرجاء كتابة الملاحظات:
1	Is there any eligible family member kept away from this insurance request? هل يوجد أي فرد من الأسرة تم إستهتاده من طلب التأمين هذا؟	<input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/> No لا	
2	Have you a valid insurance service under TPA earlier? هل لديك خدمات تأمين سارية المفعول / او سابقة؟	<input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/> No لا	
3	Has your health insurance request ever declined or accepted on substandard terms? هل تم رفض طلب التأمين الخاص بك مسبقا أو تم قبوله بشروط استثنائية؟	<input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/> No لا	
4	Are you under any medical observation/undergoing any medical/ surgical/ treatment or have been advised for the same? هل تخضع لأي ملاحظة طبية / لأي علاج طبي / جراحي / او تمت التوصية بذلك؟	<input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/> No لا	
5	Do you have any chronic illness? A chronic condition is defined as a disease, illness, or injury that has one or more of the following characteristics: It needs ongoing or long-term monitoring through consultations, examinations, check-ups, and/or tests. It needs ongoing or long-term control or relief of symptoms. It may require rehabilitation or the patient to be trained to cope with it. It continues indefinitely. Symptoms / medical condition may recur or likely to recur. هل لديك أي مرض مزمن؟ تعرف الحالة المزمنة بأنها مرض أو إصابة تحتوي على واحدة أو أكثر من الخصائص التالية: تحتاج إلى متابعة مستمرة أو لفترات طويلة من خلال الاستشارات، الفحوصات، المتابعات الطبية / أو الإختبارات. تحتاج إلى متابعه مستمره أو السيطرة لفترات طويلة أو تخفيف الاعراض قد تحتاج إلى إعادة تأهيل أو تدريب المريض للتأقلم عليها الاعراض تستمر لأجل غير مسمى / الحالة الطبية قد تتكرر أو من المرجح أن تتكرر	<input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/> No لا	
6	Are you taking any medication (pharmaceutical/alternative medicine) or have been advised? هل تتناول أي علاج (أدوية / طب بديل) أو تمت توصيتك بذلك؟	<input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/> No لا	
7	Do you have any physical problems/ disability for which you are undergoing physiotherapy or have been advised for? هل لديك أي مشاكل جسدية / إعاقة تجعلك خاضع للعلاج الطبيعي أو تمت نصيحتك بذلك؟	<input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/> No لا	
8	Have you been admitted in the hospital in the last 10 years? هل تم دخولك للمستشفى في آخر 10 سنوات؟	<input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/> No لا	
9	This question applies only to married females. Are you currently pregnant - show signs and/or symptoms of pregnancy - planning to get pregnant? هل أنت حامل حاليا / لديك اعراض او تخططين لأن تكوني حامل؟ Please fill the attached supplementary maternity questionnaire "Page 5" من فضلك قومي بتعبئة إستبيان الأمومة المرفق "صفحة 5"	<input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/> No لا	
10	Do you have any previous surgical history or are you advised to undergo any kind of surgeries in the near future? هل لديك أي تاريخ جراحي سابق أو هل تمت التوصية للخضوع لأي نوع من الجراحات في المستقبل القريب؟	<input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/> No لا	
11	Have you been ever diagnosed/treated and cured or undergoing treatments for cancer? هل سبق ان تم تشخيصك / علاجك وتم الشفاء أو تخضع لعلاج السرطان؟	<input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/> No لا	
12	Is there any other medical condition or disorder or any symptoms that you should declare, and you are unable to relate to the above-mentioned Questions? هل توجد لديك أي حالة طبية أو اضطراب أو أعراض يجب أن تصرح بها ولكن لم يرد ذكرها اعلاه؟	<input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/> No لا	

Date: _____
التاريخ

Applicant's Signature: _____
توقيع العميل

- ❖ Any applicant who is above 60 years of age should mandatorily submit a medical health certificate from a UAE based Registered Medical Practitioner even if there are no medical declarations to be made on the MAF.

أي متقدم عمره فوق 60 عاما يجب عليه أن يقدم شهادة طبية من طبيب مرخص بالإمارات العربية المتحدة حتى ولو لم تكن هناك حالة طبية يجب التصريح بها بنموذج طلب التأمين الصحي

Please fill below details if you have answered any question as "YES" from above

الرجاء تعبئة البيانات أدناه في حال إجابتك بنعم على أي من الأسئلة أعلاه

- Please specify name of the patient:

الرجاء ذكر إسم المريض

- Medical Condition / Diagnosis:

الحالة الطبية / التشخيص

(if you have more than one sickness please use another form)

إذا كان يوجد أكثر من مرض يرجى استخدام نموذج آخر

- Diagnosis status : التشخيص	<input type="checkbox"/> Cured / No Symptoms تم الشفاء/ لا أعراض	<input type="checkbox"/> Ongoing Symptoms أعراض مستمرة	<input type="checkbox"/> Ongoing Hospitalization العلاج بالمستشفى
	<input type="checkbox"/> Pending Hospitalization قيد انتظار المستشفى	<input type="checkbox"/> Ongoing treatment العلاج مستمر	<input type="checkbox"/> Pending treatment في انتظار العلاج
- Treatment taken as : تم استخدام العلاج كـ	<input type="checkbox"/> OutPatient علاج خارجي	<input type="checkbox"/> Hospitalization علاج بالمستشفى	<input type="checkbox"/> Treated both ways كلتا الطريقتين
	<input type="checkbox"/> Operated on Date: تاريخ الدخول		
- Can the illness be described as follows? هل يمكن وصف المرض كالتالي	<input type="checkbox"/> Acute خطير	<input type="checkbox"/> Chronic مزمن	<input type="checkbox"/> Recurrent دوري

Please specify the medication genuine names, the brand name as well as the daily/weekly Yes No . HbA1c :

الرجاء تحديد التعريف العلمي للأدوية وإسم المنتج وكذلك الجرعة اليومية / الأسبوعية

- In case you are suffering from hypertension, please specify your recent Systolic and Diastolic readings below:

في حال كنت تعاني من ارتفاع ضغط الدم ، يرجى تحديد قراءات الإنقباضية والإنبساطية الأخيرة

■ Systolic :

الإنقباضي

■ Diastolic :

الإنبساطي

- In case of diabetes, please specify whether insulin dependent, also specify/attach latest HbA1c result.

في حال داء السكري يرجى التاكيد هل تعتمد على الإنسولين، أيضا حدد أو أرفق نتيجة إختبار HbA1c

Date: _____
التاريخ

Applicant's Signature: _____
توقيع العميل

ANY MEDICAL HEALTH DEVELOPMENTS AFTER SIGNING THE MAF TILL DATE OF BUSINESS CONFIRMATION SHOULD BE NOTIFIED TO THE INSURER FOR RISK ASSESMENT AND TO AVOID LATER SERVICE DENIALS.

يجب إخطار شركة التأمين بأي تطور للحالة الصحية بعد التوقيع على نموذج الطلب حتى تاريخ الموافقة لأغراض تقدير المخاطر ولتجنب رفض الخدمة لاحقاً.

Based on above declarations, insurer reserves the right to request for additional medical report/documents to complete the assessment of medical conditions.

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

Any non-disclosure or misrepresentation or concealment of material fact will make this policy void with immediate effect.

أي حالة من حالات عدم التصريح أو التحريف أو إخفاء للحقيقة سوف تجعل تلك البوليصه باطله بأثر فوري.

I agree that no indemnity will be paid under the proposed insurance policy for medical expenses arising from disorders which were declared prior to completion of this Application and which were not disclosed to the insurer at the date of this application. Failure to disclose material information to the insurer will invalidate the proposed insurance policy.

أوافق على أنه لن يتم دفع أي تعويض عن وثيقة التأمين المقترحة لتغطية النفقات الطبية الناتجة عن الإضطرابات المصرح بها قبل إستكمال هذا النموذج والتي لم يتم الإفصاح عنها للمؤمن في تاريخ تعبئة هذا النموذج . يؤدي عدم الكشف عن المعلومات الجوهرية إلى شركة التأمين إلى إبطال بوليصة التأمين المقترحة.

I hereby agree, with this in respect to both, myself and my Dependents that I am aware of the general terms of this insurance and I accept them for myself and on behalf of my dependents. I, the undersigned declare that all the above information as well as all declarations on the additional questionnaire (personal information) are true and complete. This information shall be considered as an integral part of the insurance policy.

أوافق بموجب هذا ، فيما يتعلق بكل من ، أنا والمؤمن له على أنني على دراية بالشروط العامة لهذا التأمين وأوافق عليهم بنفسى وبالنيابة عن المؤمن له. أقر الموقع أدناه أن جميع المعلومات الواردة أعلاه وكذلك جميع التصريحات المتعلقة بالاستبيان الإضافي (المعلومات الشخصية) صحيحة وكاملة. تعتبر هذه المعلومات جزءاً لا يتجزأ من بوليصة التأمين

I hereby provide my Insurer and associated Third party administrator with full authorization to review my medical records across all hospitals and/or medical centers which I have ever visited whether before or after my insurance inception date. This includes all kinds of medical records whether related to services done on cash basis or under other insurance coverage. I acknowledge that the coverage decision for any service requested will be based on my records review and it is the sole authority of MedNet to approve or deny the case as per the audit findings.

أوافق أنا على تزويد المؤمن ومزود الخدمات المرتبط به بكل الصلاحيات لمراجعة التقارير الطبية الخاصة بي / المؤمن له بكل المستشفيات و المراكز الطبية والتي قمت أنا/هو/هي بزيارتها سواء قبل أو بعد تاريخ سريان هذا التأمين. وهذا يتضمن جميع أنواع التقارير الطبية سواء ما كان منها متعلق بخدمة تم تقديمها نقداً أو تحت مظلة تأمين آخر. أقر أنا (بالنيابة عن المؤمن له) بأن قرار التغطية لأي طلب خدمة سوف يكون بناء على مراجعة سجلاتي / المؤمن له فقط مزود الخدمة له السلطة للموافقة أو رفض الحالة وفقاً لنتائج التدقيق

Disclaimer: I understand and acknowledge any pregnancy not declared at the time of this application's coverage will be at the sole discretion of the insurer. The insurer has the right to not cover any maternity claims to any undeclared pregnancy. I also acknowledge and understand any pregnancy, which arises within **forty calendar days from the date of this application**; coverage will also be at the discretion of the insurer.

إقرار: أتفهم وأقر بأن أي حمل غير مصرح به في وقت تعبئة هذا النموذج سوف يكون خاضع لتقدير المؤمن فقط. والمؤمن 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 بدءاً من تاريخ هذا النموذج** فإن التغطية أيضاً سوف تكون خاضعة لتقدير المؤمن

Date: _____
التاريخ

Applicant's Signature: _____
توقيع العميل

Supplementary Pregnancy Questionnaire

الإستبيان التكميلي للحمل

Please answer the below questions.

برجاء الإجابة على الأسئلة المبينة أدناه

Name / الإسم

Last Menstrual period date / تاريخ آخر دورة شهرية.....

Do you have earlier history of Caesarian Section, Premature Delivery or Premature babies? Or any other complications related to maternity, till date?

هل لديك أي تاريخ سابق من العمليات القيصرية ، الولادة المبكرة ، الأطفال الخدع ؟ عدا عن ذلك هل لديك أي مضاعفات أخرى متعلقة بالأومومة حتى تاريخه؟

Have you undergone any treatment or taken any medications for infertility to achieve this pregnancy?

هل خضعت لاي علاج مستمر أو تتناولين أي أدوية لعلاج العقم لتصبحي حامل؟

Please send a copy of the latest ultrasound report and specify if there are any abnormal findings or more than one fetus

الرجاء إرسال نسخة من آخر تقرير للموجات الفوق صوتية وتحديد إن كان هناك أي شيء غير طبيعي أو أكثر من جنين

Do you have any of the below conditions?

هل لديك أيًا من الحالات التالية؟

Medical Details التفاصيل الطبية	Declaration الإقرار		If yes, provide comment: إذا كانت الإجابة بنعم الرجاء كتابة الملاحظات:
Any Heart Disease or hypertension أي أمراض قلبية أو ارتفاع ضغط الدم	<input type="checkbox"/> Yes نعم	<input type="checkbox"/> No لا	
Autoimmune Diseases أمراض المناعة الذاتية	<input type="checkbox"/> Yes نعم	<input type="checkbox"/> No لا	
Diabetes/gestational diabetes مرض السكري / سكري الحمل	<input type="checkbox"/> Yes نعم	<input type="checkbox"/> No لا	
Thyroid Diseases أمراض الغدة الدرقية	<input type="checkbox"/> Yes نعم	<input type="checkbox"/> No لا	
Kidney Diseases أمراض الكلى	<input type="checkbox"/> Yes نعم	<input type="checkbox"/> No لا	
Any placenta problems with the current pregnancy أي مشاكل بالمشيمة في الحمل الحالي	<input type="checkbox"/> Yes نعم	<input type="checkbox"/> No لا	
Any episode of vaginal bleeding with this pregnancy أي حالة من النزيف المهبل في هذا الحمل	<input type="checkbox"/> Yes نعم	<input type="checkbox"/> No لا	

If answer to any of the above is yes please support with relevant medical records and detailed information on the box provided.

إذا كانت الإجابة على أيًا من الأسئلة السابقه (نعم) الرجاء إرفاق التقارير الطبية المتعلقة بها ومعلومات تفصيلية في الخانة المقابل

Date: _____
التاريخ

Applicant's Signature: _____
توقيع العميل