

معلومات مهمة

يرجى إكمال الاستمارة بأحرف واضحة وإعطاء إجابة محددة لكل سؤال بالإشارة على كافة الخانات المتعلقة بالسؤال. وإنه من الضروري أن تقدم المعلومات التالية حتى تتمكن من تقييم استمارة الطلب بشكل مناسب. ويجب إكمال استمارة الطلب من قبلك بصفحتك حامل وثيقة التأمين أو العضو المؤمن عليه (تتجاوز سن الـ ١٨ عامًا). إذا رغبت بالقيام بأي تغيير، فيرجى توضيح التغيير بالإشارة إليه وإضافة التاريخ عليه. يرجى الرجوع إلى جدول النافع وكتيب العضوية للحصول على التفاصيل الكاملة لأحكام وشروط الوثيقة، والذي سيقدمه لك ممثل جي.أي.جي. عند الطلب. نتطلع للترحيب بك كعضو في جي.أي.جي. الخليج.

*** إذا كانت لديك أي أسئلة عند الإجابة على الاستمارة، يرجى الاتصال بممثل فريق مبيعات جي.أي.جي.**

معلومات مهمة حول اقرار عضويتك

- من الضروري أن تزودنا بالمعلومات الكاملة قبل أن توقع على استمارة الطلب الطبية الخاصة بك وإقرارك لحالتك الطبية.
- يجب أن تستلم جي.أي.جي. الخليج استمارة الطلب هذه خلال ٣٠ يومًا من تاريخ الإقرار، إذا تلقينا هذه الاستمارة بعد ٣٠ يومًا من تاريخ الإقرار الموقع، أو بمعلومات غير كاملة، فلن تتمكن من تسجيل بياناتك وتسجيلك في خطة التأمين الصحي.
- من المستحسن أن تملأ الاستمارة الخاصة بك بالاعتماد على تاريخك الطبي الحديث قبل توقيع وكتابة التاريخ على الاستمارة هذه.
- لن يتم سداد المطالبات المقدمة من قبلك إذا لم تكشف بشكل كامل عن أي حقائق قد تؤثر على تقييمنا وقبولنا لهذا الطلب، وإذا كنت متشككا بشأن وجوب الإفصاح عن أية حقائق، يجب عليك الإفصاح عنها على أي حال.
- ننصحك بالاحتفاظ بسجل لجميع المعلومات التي تم الإدلاء بها لنا فيما يتعلق باستمارة الطلب هذه، بما في ذلك الخطابات.
- سيتم الحفاظ على سرية المعلومات الطبية. ستقوم جي.أي.جي. الخليج باستخدام المعلومات الشخصية التي تم جمعها منك ومن عائلتك لمعالجة المطالبات الخاصة بك، وإدارة وثيقتك ويمكن استخدامها لكشف ومنع الاحتيال أو المطالبات غير الصحيحة. لن يتم الكشف عن المعلومات إلا للمشاركين في علاجك أو رعايتك، وإذا كان ذلك ممكناً، لأي شخص أو منظمة قد تكون مسؤولة عن تغطية نفقات علاجك.
- سيتم إرسال جميع مستندات العضوية وتأكيد كيفية تعاملنا مع أي مطالبة قد تتقدم بها إلى العضو الرئيسي.
- من أجل تحسين خدماتنا المقدمة للعملاء، سيتم تسجيل مكالماتك وقد يتم مراقبتها.
- قبل التوقيع على استمارة الطلب، يرجى التأكد من أنك قرأت وفهمت ووافقت على أحكام وشروط الوثيقة.

البيانات الشخصية لحامل الوثيقة (يرجى اطلاعنا عند حدوث أي تغيير في عنواك)

الإسم الأول:	الإسم الأوسط:
اسم العائلة:	الجنس: <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى
تاريخ الميلاد:	صندوق البريد:
الحالة الاجتماعية:	<input type="checkbox"/> أعزب <input type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/> مطلق <input type="checkbox"/> أرمل
العنوان:	
البريد الإلكتروني:	رقم جواز السفر:
رقم الهاتف:	رقم الهاتف النقال:
الوظيفة:	الهوية:
اسم الشركة (صاحب العمل):	مكان اصدار التأشيرة:
رقم بطاقة الهوية القطرية:	
رقم تعريف التأشيرة:	

التأمين الصحي الحالي أو السابق



هل لديك أي تأمين صحي حالياً في دولة دول مجلس التعاون الخليجي، أو هل تلقيت أي تسعيرة للتأمين الصحي من جي.آي.جي./أكسا سابقاً؟	<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم
جي.آي.جي./أكسا الخليج	رقم الوثيقة/التسعيرة:	تاريخ انتهاء الوثيقة: اليوم / الشهر / السنة
شركة تأمين أخرى	رقم الوثيقة/التسعيرة:	تاريخ انتهاء الوثيقة: اليوم / الشهر / السنة

شريكتك وأفراد عائلتك (الزوج/الزوجة والأطفال الذين سيتم تأمينهم مع جي.آي.جي.)



اللقب	الإسم	الجنسية / رقم جواز السفر	العلاقة	الكفيل	تاريخ الميلاد	رقم بطاقة الهوية القطرية	مكان اصدار التأشيرة
			الزوجة/الزوج/الإبن/الإبنة		اليوم / الشهر / السنة		
			الزوجة/الزوج/الإبن/الإبنة		اليوم / الشهر / السنة		
			الزوجة/الزوج/الإبن/الإبنة		اليوم / الشهر / السنة		
			الزوجة/الزوج/الإبن/الإبنة		اليوم / الشهر / السنة		
			الزوجة/الزوج/الإبن/الإبنة		اليوم / الشهر / السنة		

التاريخ الطبي الخاص



يجب أن تكون الإقرارات الطبية التالية خطية على استمارة الطلب. الإقرارات اللفظية غير مقبولة. يجب تقديم تفاصيل تاريخك الطبي وحالتك الصحية في الماضي والحاضر في هذا القسم، بما في ذلك كل فرد من أفراد أسرته المذكورين في القسم أعلاه. يرجى وضع علامة نعم أو لا على كل سؤال لكل شخص مشمول في استمارة الطلب هذه. إذا أجبت بنعم على سؤال، يرجى تقديم التفاصيل الكاملة أدناه. يرجى الادلاء عن أي حالة صحية تعلم بشأنها أو تشبته بها، وأي انزعاج أو أعراض ظهرت قبل أن تبدأ وثيقة تأمينك، حتى إذا لم يتم طلب مشورة طبية بشأنها بعد. سيتم تغطية أي حالة صحية مُعلنة بموجب حد تغطية الحالات الصحية للوجود مسبقاً وفقاً لشروط وأحكام الخطة.

يرجى الملاحظة بأن جي.آي.جي. تحتفظ بالحق في رفض مطالبتك وعدم دفعها إذا لم تقدم لنا تفاصيل كاملة عن أي حالة صحية موجودة مسبقاً.

القسم (أ): الرجاء الإجابة على جميع الأسئلة أدناه، وإذا تم الرد على أي منها ب "نعم"، فقم بتقديم التفاصيل في القسم "ب":

المعال (٥)	المعال (٤)	المعال (٣)	المعال (٢)	المعال (١)	العضو الرئيسي	
						الإسم:
						الطول (سم):
						الوزن (كج):
						هل تدخن؟
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا
						١. هل تخضع لأي إشراف طبي أو تعاني من علامات أو أعراض غير مشخصة و/أو ملاحظة ذاتياً أو تخضع علاج جراحي/ طبي أو تم نضحك بأي مما ذكر، أو تم ادخالك للمستشفى خلال الخمس سنوات الماضية؟
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا
						٢. هل تعاني من أي حالة صحية مزمنة أو موجودة مسبقاً * بما في ذلك الإضطرابات أو العلامات أو الأعراض غير المشخصة و/أو ملاحظة ذاتياً؟
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا
						٣. هل تتناول أي أدوية أو نصحت بتناولها لمدة تزيد عن سبعة أيام؟
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا
						٤. هل تعاني من أي مرض / شكوى تتعلق بالعظام أو المفاصل أو العمود الفقري؟
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا

القسم (أ): الرجاء الإجابة على جميع الأسئلة أدناه، وإذا تم الرد على أي منها بـ "نعم"، فقم بتقديم التفاصيل في القسم "ب":

المعال (٥)	المعال (٤)	المعال (٣)	المعال (٢)	المعال (١)	العضو الرئيسي	
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	٥. هل تم تشخيصك أو إجراء الفحوصات لغرض التشخيص أو علاجك أو لديك إضطرابات أوعلامات أو أعراض غير مشخصة و/أو ملاحظة ذاتيًا لأي نوع من أنواع الأورام أو الكتل أو السرطان؟
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	٦. هل عانيت أو تعاني من حالة طبية غير مدرجة في الأسئلة أعلاه؟
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	٧. لخدمات الطلب الاناث فقط ١. هل أنت حامل حالياً؟
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	٢. إذا أجبت بنعم على السؤال أعلاه ، فهل وقعت أي أحداث مرتبطة بالحمل حتى الآن؟
ي / ش / س / س س / س س س						٣. تاريخ آخر دورة شهرية إذا كانت الفترة أكثر من شهر ، يرجى التفصيل في القسم ب.
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	٤. هل تخططين للحمل حالياً، أو الخضوع لأي شكل من أشكال علاج الخصوبة؟

القسم (ب) يرجى تقديم التفاصيل عن جميع الأسئلة التي تمت الإجابة عليها بنعم في القسم السابق وتوضيح أي حالات صحية أخرى نحتاج إلى معرفتها

* حالة صحية مزمنة: حالة صحية تشترط تحقق معيار أو أكثر من المعايير التالية: تدوم أعراضها لثلاثة أشهر فأكثراً أو ينتج عنها إعاقة مستمرة أو ناتجة عن تغيير مرضي لا رجعة فيه أو تتطلب خضوع المريض الى تدريب خاص لإعادة التأهيل أو قد تتطلب فترة طويلة من الإشراف أو المتابعة مثل السكري، ارتفاع ضغط الدم ومرض الشريان التاجي ، إلخ.

* الحالة الصحية للوجود مسبقاً: مرض أو حالة صحية كانت معروفة وموجودة قبل تقديم الطلب.

التصريح الخاص بعضويتك



أقدم بطلب التأمين على برنامج التأمين الصحي من جي.آي.جي. مع أفراد عائلي الذكورين أعلاه. بصفتي مقدم الطلب الرئيسي ، أؤكد بالنيابة عن نفسي وأفراد الأسرة المقترحين أن المعلومات التي تم الكشف عنها في نموذج الطلب هذا كاملة وحقيقية وصحيحة على حد علمنا. أقر بأن أي حالة حمل غير معلن عنها من تاريخ استمارة الطلب هذه، فإن التغطية التأمينية ستكون وفقاً لتقدير شركة التأمين وحدها. يحق لشركة التأمين عدم تغطية أي مطالبات متعلقة بالولادة لأي حالة حمل غير معلن. كما أقر بأن أي حالة حمل تنشأ خلال أربعين يوماً تقويمياً من تاريخ استمارة الطلب هذه؛ سوف تكون التغطية أيضاً وفقاً لتقدير شركة التأمين. أنا الموقع أدناه أقر بأنني استلمت وقرأت الأحكام والشروط المتعلقة بهذه الوثيقة، وفهمت جدول المنافع وقائمة الاستثناءات وكافة الأحكام والشروط للخطة الصحية المختارة وأوافق عليها. وأوافق كذلك على تطبيق قواعد جي.آي.جي. الخليج والبادئ التوجيهية الداخلية علي وعلى المعالين المستحقين في عضويتي.

كما أتفهم وأوافق/نتفهم ونوافق على أن جي.آي.جي. تحتفظ بالحق في طلب تقارير الفحص والتحليل الطبية بغض النظر عن المعلومات التي تم الادلاء بها في هذه الاستمارة لإكمال عملية التسجيل.

أؤكد/نؤكد أن في حالة ظهور شكوى ورفض تغطية المؤمن عليه بسبب أي تحريف للوقائع المذكورة في الطلب ، فإنني سأكون أنا المسؤول الوحيد ، الموقع أدناه. أوافق على عدم تحميل جي.آي.جي. المسؤولية عن أي إنكار أو عقوبات أو غرامات يتم تكبدها بسبب تحريف الحقائق.

كما أقر/نقر بأنني أفهم أن أي تغيير في منافع خطتي سيؤدي إلى ترقية خطة التأمين الصحي الخاصة بي أو تخفيضها لن يسري إلا بتاريخ التجديد بشرط قبول جي.آي.جي. وشريطة إكمال استمارة طلب جديدة بالإضافة إلى تقديم أي استمارات أخرى أو تقارير مطلوبة من جي.آي.جي. الخليج. أطلب/نطلب رسمياً من شركة مجموعة الخليج للتأمين (الخليج) ش.م.ب. (م) جمع واستخدام و / أو تخزين و / أو نقل و / أو الكشف عن أي معلومات ذات صلة سواء داخل أو خارج دول مجلس التعاون الخليجي (بما في ذلك المعلومات الصحية الحساسة والبيانات الشخصية) من أي طرف ثالث / شريك في وقت تسعير وخدمة بوليصة التأمين الخاصة بنا ، وبالتالي يصرح لهم بالكشف عن جميع هذه المعلومات ذات الصلة إلى جي.آي.جي.

تعتبر نسخة من هذا التفويض وجميع المستندات اللاحقة الأخرى ذات الصلة بما في ذلك الاتصالات المتعلقة بهذا العقد فعالة وصالحة مثل الأصل.

لقد تم إخطارنا والموافقة على شروط بيان استخدام البيانات من جي.آي.جي. والذي يمكن العثور عليه على <https://www.giggulf.qa/privacy>

اتخذت شركة جي.آي.جي. خطوات لضمان الاحتفاظ بمعلوماتك بشكل آمن. لديك الحق في الوصول إلى معلوماتك الشخصية التي تحتفظ بها جي.آي.جي. إذا كنت تعتقد أن معلوماتك الشخصية التي تحتفظ بها جي.آي.جي. غير دقيقة، فيحق لك أن تطلب تصحيحها.

واجب الإفصاح



(قد يؤدي الإقرار الكاذب إلى إبطال التغطية وإلغاء وثيقة التأمين التأمين و/أو عدم استرداد القسط المدفوع)

أنا، بصفتي مقدم الطلب الرئيسي ، أؤكد بالنيابة عن نفسي والمعالين المقدمين أن المعلومات التي تم الكشف عنها في نموذج الطلب هذا دقيقة وصحيحة وكاملة إلى حد علمي واعتقادي.

أفهم وأقر أن:

- لدي واجب قانوني للإفصاح عن أي حقائق جوهرية تؤثر على قدرة شركات التأمين على اكتتاب هذا الطلب بشكل مناسب ودقيق ، مثل أي حالات طبية موجودة سواء كانت معروفة أو نشطة أو كامنة أو عولجت أو تخضع للعلاج أو مشتبه بها ، بما في ذلك ولكن لا يقتصر على أي ملاحظات ذاتية أو أي إضطراب أو أعراض تعرضت لها قبل بدء الوثيقة.
- أدرك أن واجبي في الكشف يشمل جميع المعلومات المتعلقة بالحالات الطبية الحالية، أو الانزعاج الذي لاحظته ذاتياً، أو العلامات أو الأعراض قبل بدء الوثيقة، حتى لو لم يكن للقصور استخدام الوثيقة للعلاج والمطالبة ذات الصلة. لتغطية التكاليف الطبية داخل و/أو خارج منطقة تغطية الخطة الطبية
- من مسؤوليتي تزويد شركة التأمين بجميع المعلومات المطلوبة والتأكد من أنها صحيحة وكاملة وغير مضللة بأي شكل من الأشكال.
- يجب أن تكون الإقرارات مكتوبة على هذا الطلب. الإقرارات الشفهية غير مقبولة.
- بالنسبة للأمراض والحالات الطبية الموجودة مسبقاً غير المصرح بها، تحتفظ شركة التأمين بالحق في رفض دفع المطالبات المتعلقة بالحالة و / أو الأعراض.
- لن يتم دفع أي تعويض من قبل شركة التأمين بموجب وثيقة التأمين المقدمة عن النفقات الطبية الناشئة قبل أو أثناء تقديم هذا الطلب
- أي حقيقة من شأنها أن تؤثر على قرار شركة التأمين في قبول أو رفض المخاطر أو في تحديد قسط التأمين أو شروط وأحكام العقد تعتبر أمر جوهرية ويجب الكشف عنها من قبلي لشركة التأمين قبل إبرام عقد التأمين. قد يؤدي عدم الكشف عن معلومات جوهرية إلى إبطال وثيقة التأمين التي تم إبرامها.
- في حالة وجود أي شك حول ماهية المعلومات الجوهرية ، يجب الاستيضاح من شركة التأمين وعدم افتراض أن شركة التأمين على علم بأي حقائق جوهرية من هذا القبيل.
- الحالات الملنة حسب الأصول هي التي ستكون مؤهلة للتغطية ، وفقاً لشروط وأحكام الوثيقة ، وبالتالي سيتم تطبيق أي حدود فرعية ، استثناءات حسب الاقتضاء.
- في حالة اكتشاف شركة التأمين لحالة / أعراض موجودة مسبقاً غير معلن عنها من خلال مطالبة مقدمة ، أو بالرجوع إلى سجلاتي الطبية والذي ينتج عنه قرار شركة التأمين برفض التغطية يجوز لشركة التأمين تعليق الوثيقة وربما إلغاؤها دون استرداد الأموال بسبب عدم التصريح وتحريف المعلومات الصحية من قبلنا. إذا كنت أرغب لاحقاً في إلغاء هذه الوثيقة ، أفهم أنه سيتم تطبيق شرط الإلغاء الاعتيادي ، أي سيؤدي ذلك إلى عدم استحقاق أي استرداد نسي بموجب خطط معينة.
- في حالة النزاع على أن الحالة أو العَرَض موجود مسبقاً قبل بدء هذه الوثيقة ، فيجب تسوية النزاع مع الطبيب المعالج / المنشأة التي أجرى الفحص وأبلغ عن تاريخ البدء.
- ينطبق واجب الإفصاح هذا قبل البدء بوثيقة التأمين وأيضاً على التغييرات التي تحدث على التغطية.
- عند حدوث أي تغييرات في الظروف المحيطة ، سيتم إبلاغ شركة التأمين ، في أقرب وقت ممكن عملياً ، بأي تغييرات من شأنها أن تؤثر على الخدمات أو التغطية التي تقدمها شركة التأمين بموجب وثيقة التأمين الخاصة بي.

يوم /شهر/سنة

التاريخ:

التوقيع: