

معلومات مهمة



يرجى إكمال الاستئمارة بأحرف واضحة وإعطاء إجابة محددة لكل سؤال بالإشارة على كافة الخانات المتعلقة بالسؤال. وإنه من الضروري أن تقدم المعلومات التالية حتى تتمكن من تقييم استئمارة الطلب بشكل مناسب. ويجب إكمال استئمارة الطلب من قبلك بصفتك حامل وثيقة التأمين أو العضو المؤمن عليه (تجاوز سن الـ 18 عاماً). إذا رغبت بالقيام بأي تغيير، فيرجى توضيح التغيير بالإشارة إليه وإضافة التاريخ عليه. يرجى الرجوع إلى جدول المنافع وكتيب العضوية للحصول على التفاصيل الكاملة لأحكام وشروط الوثيقة، والذي سيقدمه لك ممثل جي.آي.جي. عند الطلب. نتطلع للترحيب بك كعضو في جي.آي.جي. الخليج.

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

معلومات مهمة حول اقرار عضويتك

- من الضروري أن تزودنا بالمعلومات الكاملة قبل أن توقع على استئمارة الطلب الطبية الخاصة بك واقرارك لحالتك الطبية.
- يجب أن تسلم جي.آي.جي. الخليج استئمارة الطلب هذه خلال ٣٠ يوماً من تاريخ الإقرار، إذا تلقينا هذه الاستئمارة بعد ٣٠ يوماً من تاريخ الإقرار الموقّع، أو بمعلومات غير كاملة، فلن نتمكن من تسجيل بياناتك وتسييرك في خطة التأمين الصحي.
- من المستحسن أن تملأ الاستئمارة الخاصة بك بالاعتماد على تاريخك الطبي الحديث قبل توقيع وكتابة التاريخ على الاستئمارة هذه.
- لن يتم سداد المطالبات المقدمة من قبلك إذا لم تكشف بشكل كامل عن أي حقائق قد تؤثر على تقييمنا وقولنا لهذا الطلب، وإذا كنت متشككاً 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 باستئمارة الطلب هذه، بما في ذلك الخطابات.
- سيتم الحفاظ على سرية المعلومات الطبية. ستقوم جي.آي.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 للمشاركون في علاجك أو رعايتك، وإذا كان ذلك ممكناً، لأي شخص أو منظمة قد تكون مسؤولة عن نقطية نفقات علاجك.
- سيتم إرسال جميع مستندات العضوية وتأكيد كيفية تعاملنا مع أي مطالبة قد تقدم بها إلى العضو الرئيسي.
- من أجل تحسين خدماتنا المقدمة للعملاء، سيتم تسجيل مكالماتك وقد يتم مراقبتها.
- قبل التوقيع على استئمارة الطلب، يرجى التأكد من أنك قرأت وفهمت ووافقت على أحكام وشروط الوثيقة.

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



الإسم الأول:		
اسم العائلة:		
تاريخ الميلاد:	اليوم / الشهر / السنة	
الحالة الاجتماعية:	<input type="checkbox"/> أعزب	<input type="checkbox"/> متزوج
العنوان:		
الإسم الأوسط:		
الجنس: <input type="checkbox"/> ذكر <input checked="" type="checkbox"/> أنثى		
صندوق البريد:		
<input type="checkbox"/> أرمل <input type="checkbox"/> مطلق		

البريد الإلكتروني:	رقم جواز السفر:	
رقم الهاتف:	رمز البلد	رمز المنطقة
الوظيفة:	رقم الهاتف النقال:	
اسم الشركة (صاحب العمل):	الرقم	
رقم بطاقة الربوة القطرية:	مكان اصدار التأشيرة:	
رقم تعرف التأشيرة:		

التأمين الصحي الحالي أو السابق



هل لديك أي تأمين صحي حالياً في دولة مجلس التعاون الخليجي، أو هل تلقيت أي تسعيرة للتأمين الصحي من جي.آي.جي./أكسا سابقاً؟ لا نعم

تارikh انتهاء الوثيقة: <u>اليوم / الشهر / السنة</u>	رقم الوثيقة/التسعيرة:	<input type="checkbox"/> جي.آي.جي./أكسا الخليج
تارikh انتهاء الوثيقة: <u>اليوم / الشهر / السنة</u>	رقم الوثيقة/التسعيرة:	<input type="checkbox"/> شركة تأمين أخرى

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



اللقب	الإسم	جواز السفر رقم الجنسية /	العلاقة	الكفيل	تاريخ الميلاد	رقم بطاقة الهوية القطرية	مكان اصدار التأشيرة
			الزوجة/ الزوج/ الإبن/ الإبنة		اليوم / الشهر / السنة		
			الزوجة/ الزوج/ الإبن/ الإبنة		اليوم		
			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 استئناف الطلب. الإقرارات اللغطية غير مقبولة. يجب تقديم تفاصيل تاريخك الطبي وحالتك الصحية في الماضي والحاضر في هذا القسم، بما في ذلك كل فرد من أفراد أسرتك المذكورين في القسم أدناه. يرجى وضع علامة نعم أو لا على كل سؤال لكل شخص مشمول في استئناف الطلب هذه، إذا أجبت بنعم على سؤال، يرجى تقييم التفاصيل الكاملة أدناه. يرجى الإدلاء عن أي حالة صحية تعلم بشأنها أو تشتبه 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 الموجودة سبقاً وفقاً لشروط وأحكام الخطة.

يرجى الملاحظة بأن جي.آي.جي. تحتفظ بالحق في رفض مطالباتك 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 بـ "نعم"، فقم بتقديم التفاصيل في القسم "ب":

العضو الرئيسي	المُعال (١)	المُعال (٢)	المُعال (٣)	المُعال (٤)	المُعال (٥)
الإسم:					
الطول (سم):					
الوزن (كج):					
هل تدخن؟					
١. هل تخضع لأي اشراف طبي أو تعاني من علامات أو أعراض غير مشخصة و/أو ملاحظة ذاتياً أو تخضع علاج جراحي / طبي أو تم نصّلك بأي مما ذكر، أو تم ادخالك للمستشفى خلال الخمس سنوات الماضية؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input checked="" type="checkbox"/>				
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؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input checked="" type="checkbox"/>				
٣. هل تتناول أي أدوية أو نصحت بتناولها لمدة تزيد عن سبعة أيام؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input checked="" type="checkbox"/>				
٤. هل تعاني من أي مرض / شكوى تتعلق بالعظام أو المفاصل أو العمود الفقري؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input checked="" type="checkbox"/>				

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

المُعَالِ (٥)	المُعَالِ (٤)	المُعَالِ (٣)	المُعَالِ (٢)	المُعَالِ (١)	العضو الرئيسي	
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	٥. هل تم تشخيصك أو إجراء الفحوصات لغرض التشخيص أو علاجك أو لديك إضطرابات أو علامات أو عراض غير مشخصة و/أو ملاحظة ذاتياً لأي نوع من أنواع الأورام أو الكتل أو السرطان؟					
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	٦. هل عانيت أو تعاني من حالة طيبة غير مدرجة في الأسئلة أعلاه؟					
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	٧. لمقدمات الطلب الإناث فقط ١. هل أنت حامل حالياً؟					
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	٨. إذا أجبت بنعم على السؤال أعلاه، فهل وقعت أي أحداث مرتبطة بالحمل حتى الآن؟					
يـ / شـ شـ / سـ سـ سـ سـ						٩. تاريخ آخر دورة شهرية إذا كانت الفترة أكثر من شهر، يرجى التفصيل في القسم ب.
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	١٠. هل تخططين للحمل حالياً، أو الخصوبة 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 تحتاج إلى معرفتها

* حالة صحية مزمنة: حالة صحية تشرط تحقق معيار أو أكثر من المعايير التالية: تدوم أعراضها لثلاثة أشهر فأكثر أو ينبع عنها إعاقة مستمرة أو ناجمة عن تغير مرضي لا رجعة فيه أو تتطلب خصوصي المريض إلى تدريب خاص لإعادة التأهيل أو قد تتطلب فترة طويلة من الإشراف أو المتابعة مثل السكري، ارتفاع ضغط الدم ومرض الشريان التاجي، إلخ.

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

التصریح الخاص بعضویتك



أقدم بطلب التأمين على برنامج التأمين الصحي من جي.آي.جي. مع أفراد عائلتي المذكورين أعلاه. بصفتي مقدم الطلب الرئيسي، أؤكد بالنيابة عن نفسي وأفراد الأسرة المقتربين أن المعلومات التي تم الكشف عنها فينموذج الطلب هذا كاملاً ومحققة وصحيحة على حد علمنا. أقربأن أي حالة حمل غير معلن عنها من تاريخ استماراة 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 أقربأن أي حالة حمل تنشأ خلال أربعين يوماً تقويمياً من تاريخ استماراة الطلب هذه؛ سوف تكون التغطية أيضاً وفقاً لتقدير شركة التأمين. أنا الموقّع أدناه أقرّبأنني استلمت وقرأت الأحكام والشروط المتعلقة بهذه الوثيقة، وفهمت جدول المنافع وقائمة الاستثناءات وكافة الأحكام والشروط للخطبة الصحية المختارة وأوافق عليها. وأوافق كذلك على تطبيق قواعد جي.آي.جي. الخليج والمبادئ التوجيهية الداخلية على وعلى المعالين المستحقين في عضويتي.

كما أتفهم وأوافق/تفهم ونوفاق على أن جي.آي.جي. تحتفظ بالحق في طلب تقارير الفحص والتحاليل الطبية بغض النظر عن المعلومات التي تم الادلاء بها في هذه الاستماراة لكمال عملية التسجيل.

أؤكد/نؤكّد أن في حالة ظهور شكوى ورفض تغطية المؤمن عليه بسبب أي تحريف للواقع المذكورة في الطلب ، فإني سأكون أنا المسؤول الوحيد ، الموقع أدناه. أوافق على عدم تحويل جي.آي.جي. المسؤلية عن أي إنكار أو عقوبات أو غرامات يتم تكبدها بسبب تحريف الحقائق.

كما أقرّ/نقد بأنّي أفهم أن أي تغيير في منافع خططي سيؤدي إلى ترقية خطة التأمين الصحي الخاصة بي أو تخفيضها لبني الاتصالات المترتبة على ذلك العقد فعالة وصالحة مثل الأصل.

إكمال استمار طلب جديدة بالإضافة إلى تقديم أي استمار آخر أو تقارير مطلوبة من جي.آي.جي. الخليج. أطلب/نطلب رسميًّا 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 تسuir وخدمة بولصة 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 والموقعة 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 وأو عدم استرداد القسط المدفوع)

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

- أفهم وأقرّ أن:
- لدي واجب قانوني للإفصاح عن أي حقائق جوهريّة تؤثّر على قدرة شركات التأمين على اكتتاب هذا الطلب بشكل مناسب ودقيق ، مثل أي حالات طيبة موجودة سواء كانت معروفة أو كامنة أو نشطة أو عولجت أو تخضع للعلاج أو مشتبه بها ، بما في ذلك ولكن لا يقتصر على أي ملاحظات ذاتيّة وأي إضطراب أو أعراض تعرضت لها قبل بدء الوثيقة.
 - أدرك أن واجبي في الكشف يشمل جميع المعلومات المتعلقة بالحالات الطيبة الحالية، أو الانزعاج الذي لاحظته ذاتيًّا، أو العلامات أو الأعراض قبل بدء الوثيقة، حق لو لم يكن المقصود استخدام الوثيقة للعلاج والمطالبة ذات الصلة. لتغطية التكاليف الطبية داخل وأو خارج منطقة تغطية الخطة الطبية
 - من مسؤوليّي تزويد شركة التأمين بجميع المعلومات المطلوبة والتأكد من أنها صحيحة وكاملة وغير مضللة بأي شكل من الأشكال.
 - يجب تقييم الإقرارات كتابيًّا في نموذج الطلب هذا. لن تُقبل الإقرارات الشفوية أو الإشارات إلى مستندات خارجية، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر التقارير الطبية، إقرارات صحيحة. في حال تم الإجابة بـ «لا» على جميع الأسئلة الطبية، فلن يتم مراجعة أو النظر في أي مستندات أو تقارير طبية غير مطلوبة يتم تقديمها، كجزء من الإقرار أو التقييم التأميني.
 - بالنسبة للأمراض والحالات الطيبة 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 تؤثّر على قرار شركة التأمين في قبول أو رفض المخاطر أو في تحديد قسط التأمين أو شروط وأحكام العقد تعتبر أمر جوهري ويجب الكشف عنها من قبلي لشركة التأمين قبل إبرام عقد التأمين. قد يؤدي عدم الكشف عن معلومات جوهريّة إلى إبطال وثيقة التأمين التي تم إبرامها.
 - في حالة وجود أي شك حول ماهية المعلومات الجوهريّة، يجب الاستيقاظ من شركة التأمين وعدم افتراض أن شركة التأمين على علم بأي حقائق جوهريّة من هذا القبيل.
 - الحالات المعلنة 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 وتعريف 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 التزاع على أن الحالة أو الغرض موجود مسبقاً قبل بدء هذه الوثيقة، فيجب تسوية النزاع مع الطبيب المعالج / المنشأة التي أجري 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 عمليًا ، بأي تغييرات من شأنها أن تؤثر على الخدمات أو التغطية التي تقدمها شركة التأمين بموجب وثيقة التأمين الخاصة بي.

التوقيع:

التاريخ:	
اليوم/شهر/سنة	