



معلومات مهمة



يرجى اكمال 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 بصفتك حامل وثيقة التأمين أو العضو المؤمن عليه (تتجاوز سن الـ ١٨ عاماً). إذا رغبت بالقيام بأي تغيير، فيرجى توضيح التغيير بالإشارة اليه و إضافة التاريخ عليه. يرجى الرجوع إلى جدول المنافع وكتيب العضوية للحصول على التفاصيل الكاملة لأحكام وشروط الوثيقة، والذي سيقدمه لك ممثل أكسا عند الطلب. نتطلع للترحيب بك كعضو في شركة أكسا للتأمين الخليج ش.م.ب. (م).

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

معلومات مهمة حول اقرار عضويتك

- من الضروري أن تزودنا بالمعلومات الكاملة قبل أن توقع على استمارة الطلب الطبية الخاصة بك و اقرارك لحالتك الطبية.
- يجب أن تستلم أكسا للتأمين (الخليج) استمارة الطلب هذه خلال ٣٠ يوماً من تاريخ الاقرار. إذا تلقينا هذه الاستمارة بعد ٣٠ يوماً من تاريخ الاقرار 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 و قبولنا 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 أكسا للتأمين 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 اطلعنا عند حدوث أي تغيير في عنوانك)



الإسم الأول:	الإسم الأوسط:
اسم العائلة:	الجنس: <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى
تاريخ الميلاد:	اليوم / الشهر / السنة
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: رمز البلد رمز المنطقة الرقم
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 دول مجلس التعاون الخليجي، أو هل تلقيت أي تسعيرة للتأمين الصحي مؤخراً؟ نعم لا

<input type="checkbox"/> أكسا الخليج	رقم الوثيقة/التسعيرة:	تاريخ انتهاء الوثيقة: اليوم / الشهر / السنة
<input type="checkbox"/> شركة تأمين أخرى	رقم الوثيقة/التسعيرة:	تاريخ انتهاء الوثيقة: اليوم / الشهر / السنة



شريك وأفراد عائلتك (الزوج/الزوجة والأطفال الذين سيتم تأمينهم مع أكسا)

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

التاريخ الطبي الخاص

يجب أن تكون الاقرارات الطبية التالية خطية على استمارة الطلب. الاقرارات اللفظية 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 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 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 مسبقاً وفقاً لشروط وأحكام الخطة.

يرجى الملاحظة بأن أكسا 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 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؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا				
١. هل تخضع لأي اشراف طبي أو علاج أو جراحة طبية أو تم نُصحك بأي مما ذكر، أو تم ادخالك للمستشفى خلال الخمس سنوات الماضية؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا				
٢. هل تعاني من أي حالة صحية مزمنة أو موجودة مسبقاً؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا				
٣. هل تتناول أي أدوية أو نصحت بتناولها لمدة تزيد عن سبعة أيام؟	<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"/> نعم <input type="checkbox"/> لا				
٥. هل تم تشخيصك أو إجراء الفحوصات لغرض التشخيص أو علاجك لأي نوع من أنواع الأورام أو الكتل أو السرطان؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا				
٦. هل عانيت أو تعاني من حالة طبية غير مدرجة في الأسئلة أعلاه (باستثناء البرد أو الأنفلونزا أو التطعيم أو الفحوصات الطبيعية التي لم تكشف عن أي أعراض أو حالة طبية).	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا				
٧. لمقدمات الطلب الإناث فقط ١. هل أنت حامل حالياً؟ ٢. إذا أجبت بنعم على السؤال أعلاه، فهل وقعت أي أحداث مرتبطة بالحمل حتى الآن؟ ٣. تاريخ آخر دورة شهرية	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا				
٤. هل تخططين للحمل حالياً، أو الخضوع لأي شكل من أشكال علاج الخصوبة؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا				

- * حالة صحية مزمنة: حالة صحية تشترط تحقق معيار أو أكثر من المعايير التالية: تدوم أعراضها لثلاثة أشهر فأكثر 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 الموجودة مسبقاً: مرض أو حالة صحية كانت معروفة وموجودة قبل تقديم الطلب.

التاريخ الطبي الخاص



أقدم بطلب التأمين على برنامج التأمين الصحي من أكسا مع أفراد عائلتي المذكورين 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 أكسا للتأمين (الخليج) والمبادئ التوجيهية الداخلية علي وعلى المعالين المستحقين في عضويتي.

كما أتفهم وأوافق/نتفهم ونوافق على أن أكسا تحتفظ بالحق في طلب تقارير الفحص والتحليل الطبية بغض النظر عن المعلومات التي تم الإدلاء 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 أكسا 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 الا بتاريخ التجديد بشرط قبول أكسا للتأمين وشريطة إكمال استمارة طلب جديدة بالإضافة إلى تقديم أي استثمارات أخرى أو تقارير مطلوبة من أكسا الخليج. أطلب/نطلب رسمياً من شركة أكسا للتأمين (الخليج) ش.م.ب.م (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 أكسا.

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 أكسا والذي يمكن العثور عليه على <https://www.axa.qa/privacy>

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

التوقيع:	التاريخ:	يوم/شهر/سنة