

نموذج الإقرار الطبي

ملاحظة هامة

يجب أن تكون الإقرارات مكتوبة على هذا الطلب. لن تقبل الإقرارات الشفهية. هذه هي فرصتك لإخبارنا عن أي أعراض أو إزعاج أو حالات طبية حدثت لك قبل بدء بوليستك (سواء تم طلب المشورة الطبية أم لا). الأمثلة النموذجية للأشياء التي يجب أن نخبرنا بها هي: مرض السكري ، ارتفاع ضغط الدم ، الدوالي ، الحساسية ، آلام الظهر ، اضطرابات القدم (مثل الأورام) ، البواسير ، مشاكل أمراض النساء ، مضاعفات الحمل ، اضطرابات الجهاز الهضمي ، مشاكل الجلد ، مشاكل القلب ، الأطراف ، العيون ، الأعصاب ، وما إلى ذلك ، أي مشاكل في الأذن أو الأنف أو الحلق أو أي آلام أو تورم أو كتل أو حمى. هذه القائمة ليست شاملة. إذا أعلنت عن أي أعراض أو إزعاج أو حالة طبية تم تشخيصها ، فسيتم تضمينها في منافع الحالات الموجودة مسبقًا، أما إذا لم نعلنها، فنستبعدا تمامًا.

التاريخ الطبي السري

يجب استكمال السجل الطبي السري لجميع الأعضاء المسجلين.

يرجى عمل نسخ ضرورية لجميع المتقدمين

إذا كنت بحاجة إلى مزيد من المساحة ، فيمكنك إضافة تفاصيل عن المساحة المخصصة المتوفرة في الصفحة 5

الاسم بالكامل:	تاريخ الميلاد:
الطول (سم):	الجنس:
الوزن (كج):	
هل سبق لك في أي وقت أن أحسست أو أظهرت أي ميل لما يلي؟	يرجى تقديم التفاصيل الكاملة وتضمنين ، عند الاقتضاء ، التاريخ والمدة واسم وعنوان الطبيب المعالج ، والذي قد تطلب الشركة منه التفاصيل الطبية يرجى ملء استبيان منفصل كل عضو معال
1. الربو ، التهاب الشعب الهوائية ، التهاب الرئوي ، التهاب البللورا ، بصق الدم ، السعال المعتاد أو أعراض السل؟	لا نعم - يرجى تقديم التفاصيل أدناه
2. إذا كان هناك التهاب البللورا، هل كان هناك تدفق؟	لا نعم
3. الحمى الروماتيزمية أو الروماتيزم؟	لا نعم
4. أي اضطرابات في القلب أو الدورة الدموية مثل: ارتفاع ضغط الدم ، الذبحة الصدرية / آلام في الصدر ، النوبة القلبية ، قصور القلب ، ضربات القلب غير الطبيعية ، تمدد الأوعية الدموية ، الدوالي ، أي أعراض / أمراض أخرى ذات صلة؟	لا نعم - يرجى تقديم التفاصيل أدناه

التاريخ الطبي السري

صفحة 2 من 6

يجب استكمال السجل الطبي السري لجميع الأعضاء المسجلين.

يرجى عمل نسخ ضرورية لجميع المتقدمين

إذا كنت بحاجة إلى مزيد من المساحة ، فيمكنك إضافة تفاصيل عن المساحة المخصصة المتوفرة في الصفحة 5

الاسم بالكامل:		
5. أي مشاكل في المعدة أو الأمعاء - قرحة المعدة أو الاثني عشر ، عسر الهضم ، حصوات المرارة ، التهاب القولون ، تليف الكبد ، التهاب البنكرياس ، الفتق ، البواسير ، اليرقان ، حصوات الكلى ، الحصى ، التهاب الزائدة الدودية ، أو الناسور؟	لا	نعم - يرجى تقديم التفاصيل أدناه
6. أي مشاكل غدد صماء: السمنة ، مشاكل الغدة الدرقية ، السكري ، أمراض الكبد؟	لا	نعم - يرجى تقديم التفاصيل أدناه
7. أي اضطراب في الدماغ أو الجهاز العصبي (دوار ، صرع ، ضعف ، أرق ، تصلب متعدد ، صداع نصفي ، خرف ، جلطة أو انهيار عصبي)؟	لا	نعم - يرجى تقديم التفاصيل أدناه
8. الصمم أو إفرازات من الأذن؟ اذكر كم مرة ومتى توقف.	لا	نعم - يرجى تقديم التفاصيل أدناه
9. سرطان ، أورام ، زوائد حميدة ، أورام حميدة؟	لا	نعم - يرجى تقديم التفاصيل أدناه
10. مشاكل العضلات أو الهيكل العظمي مثل التهاب المفاصل وآلام الظهر والرقبة والكتف والغضاريف ومشاكل الأربطة واستبدال المفاصل والنفرس وهشاشة العظام والحالات الالتهابية أو الاضطرابات؟	لا	نعم - يرجى تقديم التفاصيل أدناه
11. مشاكل الجهاز البولي أو التناسلي مثل الفشل الكلوي ، التهابات المسالك البولية ، سلس البول ، دورات شهرية غزيرة أو غير منتظمة ، الأورام الليفية ، العقم ، بطانة الرحم ، تكيس المبايض ، اضطرابات البروستاتا ، المسحات غير الطبيعية ، الأعراض الأمراض الأخرى ذات الصلة؟	لا	نعم - يرجى تقديم التفاصيل أدناه
12. مشاكل الجلد ، الطفح الجلدي ، الصدفية ، حب الشباب ، الخراجات ، التهاب الجلد ، الأكزيما أو الأعراض / الأمراض ذات الصلة؟	لا	نعم - يرجى تقديم التفاصيل أدناه
13. مرض الزهري ، السيلان ، أو التضييق؟	لا	نعم - يرجى تقديم التفاصيل أدناه

يجب استكمال السجل الطبي السري لجميع الأعضاء المسجلين.

يرجى عمل نسخ ضرورية لجميع المتقدمين

إذا كنت بحاجة إلى مزيد من المساحة ، فيمكنك إضافة تفاصيل عن المساحة المخصصة المتوفرة في الصفحة 5

		الاسم بالكامل:
لا	نعم - يرجى تقديم التفاصيل أدناه	14. الاضطرابات النفسية مثل الفصام والاكتئاب والتوتر والقلق والاعتماد على المخدرات / الكحول؟
لا	نعم - يرجى تقديم التفاصيل أدناه	15. اضطراب الدم / العدوى / المناعة مثل اختبارات الدم غير الطبيعية ، وارتفاع الكوليسترول ، وفقر الدم ، والتهاب الكبد A-B-C ، والملاريا ، وأي اضطراب في المناعة الذاتية ، وفيروس نقص المناعة البشرية ، والأعراض / الأمراض الأخرى ذات الصلة؟
		16. أي أمراض أو اضطرابات أخرى في الماضي أو علاجات أو أدوية لالت مستمرة إلى غاية وقت تقديم هذا الطلب؟
لا	نعم - يرجى تقديم التفاصيل أدناه	17. هل كان لديك: (أ) أي إصابة جسدية خطيرة أو أي عملية جراحية عملية؟ (ب) أي فحص بالأشعة أو الفحص الطبي؟
لا	نعم - يرجى تقديم التفاصيل أدناه	18. هل أخذت أدوية علاج أمراض مزمنة , أذكرها
		19. قم بتسمية أي طبيب آخر قام بزيارتك خلال السنوات الخمس الماضية وأذكر ماذا شكوى
		20. ما هو استهلاكك اليومي من: (أ) التبغ؟ (ب) الكحول؟

تاريخ العائلة

لمقدم الطلب

يرجى إكمال استبيان منفصل لكل مشترك معال

إذا كان متوفياً	إذا كان على قيد الحياة	
في أي عمر؟	العمر الحالي	الأب
سبب الوفاة بالتحديد	الحالة الصحية الحالية	
في أي عمر؟	العمر الحالي	الأم
سبب الوفاة بالتحديد	الحالة الصحية الحالية	
في أي عمر؟	العمر الحالي	الأخوة
سبب الوفاة بالتحديد	الحالة الصحية الحالية	
في أي عمر؟	العمر الحالي	الأخوات
سبب الوفاة بالتحديد	الحالة الصحية الحالية	

الإناث فقط

1. هل الحيض منتظم وصحي؟	لا	نعم
2. هل أصبت بأي مرض في الرحم أو في المبايض؟	لا	نعم
3. هل انت حامل؟	لا	نعم - يرجى تقديم التفاصيل أدناه
* إذا كانت الإجابة بنعم ، يرجى ذكر أشهر الحمل الحالية، هل هي أقل من أو تساوي 6 أشهر / أكثر من 6 أشهر		
4. هل ولدت ، أو خضعت لعملية قيصرية ، أو تعرضت لأي إجهاض أو إسقاط للجنين؟	لا	نعم - يرجى تقديم التفاصيل أدناه
إذا كانت الإجابة بنعم ، يرجى ذكر الفترة منذ آخر مرة حدث ذلك		

إذا كنت بحاجة إلى مساحة أكبر للإعلان عن أي حالات مرضية والتاريخ الطبي السابق ، فيرجى استخدام المساحة المتوفرة أدناه

إقرار

صفحة 6 من 6

أنا/نحن أعلن/نعلن عن نفسي ونيابة عن أفراد عائلتي على حد علمي واعتقادي أن البيانات الواردة في نموذج الطلب هذا كاملة وصحيحة، أنه بغير الأحوال الصحية التي تم الكشف عنها بالكامل في هذا الطلب ، فإنني / فإننا أئتمتع/نتمتع بصحة جيدة ولا أعاني /نعاني أو كنا نعاني من أي مرض متكرر أو ضعف جسدي. لن يتم تغطية أي حالة غير معلن عنها في الاستبيان الطبي.

بموجب هذا أفوض شركة الكوت لمناقشة والوصول والحصول على نسخة من سجلاتي الصحية (أو أي من سجلات المعالين) التي قد يطلبونها هم أو ممثليهم المعينين. سنقوم بقراءة اتفاقية الكوت للتأمين وإعادة التأمين عند استلامها وبهذا أوافق/ نوافق على الالتزام بها. في حالة وجود أي نزاع ، فإنني أوافق / فإننا نوافق على اتباع إجراءات الكوت للتأمين وإعادة التأمين التحكيمية في المقام الأول. بهذا أوافق / نوافق على أن قبول هذا الطلب سيستند إلى هذا الإقرار.

بهذا أوافق / نوافق على أنه يجوز لشركة الكوت للتأمين وإعادة التأمين الاتصال بممارسينا الطبيين للحصول على مزيد من التفاصيل حول تاريخنا الطبي وتفويض هؤلاء الممارسين والمستشفيات و / أو العيادات بالإفصاح عن أي معلومات قد تطلبها الكوت بما في ذلك نسخ من السجلات الطبية. إنا أفهم / إننا نفهم أن أي معلومات مضللة أو غير معلنة قد تؤدي إلى إنهاء البوليصة. أنا أفهم/نحن نفهم أنه لبدء البوليصة، فإنه يجب علي/علينا تقديم نسخ من جواز السفر ونسخ من البطاقة الشخصية القطرية وأحدث التقارير الطبية إذا لزم الأمر لكل مشترك.

أوافق أيضًا على أن أي نسخة من هذا الإقرار تكون صالحة كأنها أصل.

أؤكد وأوافق على الإقرار أعلاه

توقيع مقدم الطلب الرئيسي

	الاسم بالكامل:
	التاريخ:
	توقيع مقدم الطلب / ولي الأمر / الوصي:

شركة الكوت للتأمين وإعادة التأمين (ش.م.ع.ق)

المبنى رقم 44 الشارع رقم 840 المنطقة رقم 24

شارع الروابي ص. ب. 24563

الدوحة قطر