

Health Declaration Form - Group

Group (Policyholder) Name:	
Member (applicant) Name:	Gender:
Date Of birth:	Nationality:
Job Title:	Emirates ID No.:
Member enrolment date:	Category:
Height:	Weight:

To be filled by the employee.

Member Name	Relation	Date of Birth	Gender	Marital Status
	Employee			
	Spouse			
	Son/daughter			
	Son/daughter			
	Son/daughter			
	Son/daughter			

Applicant is to fill the below on behalf of himself/ herself and all dependents with details:

Question	Yes	No	Details	Date
Have you ever had any surgical, therapeutic or diagnostic procedures?				
Are you advised to have inpatient treatment in the future?				
Are you suffering or have you ever suffered from a chronic or pre-existing medical condition?				
Are you suffering from any medical condition that requires future treatment?				
Are you suffering from any physical, mental or congenital handicap?				
Are you taking or have ever taken any medications on regular basis				
Are you smoking? If yes how many cigarettes daily.				
Are you currently insured under different medical plan?				
Has your medical application ever been declined, postponed or taken on substandard basis?				
Does any of your relatives (parents, brothers, sisters..etc) suffer from chronic or congenital conditions				
Are you and your dependents in a good health and free from deformities and defects				
For females only: Are pregnant? If yes, state your Last Menstrual of period (LMP).				

Declaration:

I/We hereby declare with respect to both, myself and my dependants that to the best of my knowledge and belief, the statement on application are full, true and correct and have declared all material facts related to this application.

I/We understand that non-disclosure or misrepresentation of any material fact may invalidate the quoted terms. I/We agree that all the documents issued in connection with the policy shall be read together.

If my application gets accepted, I/We agree to be bound by the terms and conditions of the policy. I/We hereby authorize any Medical Provider, or any other Company, institution or any other person who has any record or information about me and/or any of my family members to provide Al Sagr National Insurance Company, with the complete information, including copies of their records with reference to any sickness or accident, any treatment, examination, advice or hospitalization or any other medical information required by Al Sagr National Insurance Company.

The Coverage of Health Services provided by Al Sagr National Insurance Company is described in the policy wording. By signing this for, I/We acknowledge that I/We read, understood and agree to the terms and conditions as stated in the policy wording.

Al Sagr National Insurance Company reserves the right to reject any authorization/claims request for conditions (pre-existing, chronic) not declared by the applicant at the inception of the policy.

Applicant Name and Signature:

Policy holder Seal and Signature:

Date:

طلب اشتراك بالتأمين الطبي

	اسم المشترك (الجهة المتعاقدة):
الجنس:	إسم المشترك (معنى الطلب):
الجنسية:	تاريخ الميلاد:
رقم الهوية الإماراتية:	المهنة:
الفئة:	تاريخ الإلتحاق لعقد التأمين :
الوزن:	الطول:

يعبأ من قبل الموظف :-

الحالة الاجتماعية	الجنس	تاريخ الولادة	صلة القرابة	الاسم الكامل
			الموظف نفسه	
			زوج / زوجة	
			ابن / ابنة	
			ابن / ابنة	
			ابن / ابنة	
			ابن / ابنة	

يرجى من المنتفع الإجابة على الأسئلة التالية بالنيابة عن جميع المعالين بوضوح مع ذكر جميع التفاصيل:

تاريخ الحالة	التفاصيل	لا	نعم	السؤال
				هل قمت بإجراء أي إجراء جراحي أو تشخيصي أو علاجي؟
				هل نصح بدخولك المستشفى أو عمل أي إجراء طبي مستقبلاً؟
				هل عانيت من أي مرض ، اعتلال أو أية شكوى مرضية ؟
				هل سبق أن عانيت من أية أمراض يتطلب المعالجة لها في المستقبل؟
				هل عانيت أو تعاني من أية إعاقات جسدية أو عقلية أو خلقية؟
				هل تناولت أو تتناول أي أدوية أو عقاقير بانتظام ؟
				هل أنت مدخن؟ اذكر عدد السجائر يوميا.
				هل لديك أي تأمينات أخرى؟
				هل سبق أن تم رفض طلب تأمينك، الغاؤه، تأجيله أو زيادة القسط؟
				هل يعاني احد أفراد عائلتك (الوالدين، الأخوة والأخوات، الزوجة والأولاد) من أية أمراض؟
				هل أنت وأفراد عائلتك بصحة جيدة وخالي من أية تشوهات أو صعوبات؟
				للسيدات فقط: هل أنت حامل؟ في أي شهر؟ يرجى ذكر تاريخ آخر دوره شهرية.

تعهد:

أنا/نحن بموجب هذا التصريح بالنيابة عن نفسي وأفراد عائلتي وبحسب معرفتي وعلمي، إن الإفصاح في طلب الإشتراك كامل، صحيح وحقيقي كما هو مصرح عنه في محتوى الطلب . أنا/نحن نفهم أن عدم التصريح عن أي حقيقة جوهرية أو تحريفها قد يبطل شرط عرض التأمين.

أنا/نحن نتفق على أن جميع الوثائق الصادرة فيما يتعلق بعقد التأمين يجب قرانها معاً.

إذا تم قبول طلبي ، أنا/نحن نوافق على الإلتزام ببنود وشروط العقد . أنا/نحن أفوض وأجيز بصورة قانونية وغير قابلة للنقض لأية جهة طبية أو غير طبية أو أي شخص آخر لديه أي سجل أو معلومات عني و / أو أي من أفراد عائلتي وتزويدها لشركة الصقر الوطنية للتأمين ، بالمعلومات الكاملة ، بما في ذلك نسخ من سجلاتهم مع الإشارة إلى أي مرض أو حادث أو أي علاج أو فحص أو مشورة أو دخول المستشفى أو أي معلومات طبية أخرى يطلبها شركة الصقر الوطنية للتأمين.

إن تغطية الخدمات الصحية المقدمة من قبل شركة الصقر الوطنية للتأمين مفصلة في وثيقة التأمين الصحي . بالتوقيع على هذا ، أنا / نحن نقر بأنني / قرأنا وفهمنا ووافقنا على الشروط والأحكام كما هو مذكور في وثيقة التأمين الصحي.

تحتفظ شركة الصقر الوطنية للتأمين بالحق في رفض أي طلب موافقة / مطالبات للحالات (السابقة للتأمين والمزمنة) والتي لم يتم الإفصاح عنها مقدم الطلب عند بدء عقد التأمين .

توقيع و ختم المشترك (الجهة المتعاقدة)

.....

اسم وتوقيع المنتفع:

.....

تاريخ الطلب:

.....