



APPLICANT & FAMILY MEMBERS DETAILS (Main applicant as the first name)

معلومات مقدم الطلب و عائلته (على ان يكون اسم مقدم الطلب اولاً)

NAME Please specify Head of Family (H), Spouse (S) or Child (C) First Name Middle Name Family Name الأسم الكامل باللغة الإنجليزية	Relation H / S / C العلاقة	D. O. B. DD/MM/YYYY تاريخ الميلاد	Nationality الجنسية	Sex M / F الجنس	Height CM الطول	Weight KG الوزن	Blood Type فصيلة الدم	UAE Resident مكان الإقامة
<Main Applicant>								
<Family Member 1>								
<Family Member 2>								
<Family Member 3>								
<Family Member 4>								
<Family Member 5>								
<Family Member 6>								

Chapter A

القسم أ

Insurance History (in case answer is "Yes," specify reason)

تاريخ التامين (حال الاجابة بنعم، يرجى توضيح الاسباب)

(Please fill relevant box)	يرجى اختيار المربع المناسب	Yes نعم	NO لا
1. Have you ever been accepted for health insurance on sub-standard terms? هل تمت الموافقة على انضمامك في وثيقة تأمين صحي تحت شروط خاصة؟			
2. Have you ever been declined for health insurance? هل رفض لك طلب إنضمام للتأمين الصحي؟			
3. Are the proposed persons, already insured under a plan with any insurance company? هل لمقدم الطلب تامين صحي لدى اي شركة تامين؟			

Chapter B

القسم ب

Specific Medical History (if "Yes," specify diagnostic details, treatment received & recovery status. If you are in any doubt as to whether a fact is material, then it should be disclosed.)

التاريخ الطبي (إذا كانت الإجابة "نعم"، يرجى بيان تفاصيل التشخيص والعلاج الذي تم تلقيه وحالة الشفاء. إذا كان لديك أي شك حول صحة الاجوبة، يرجى التوضيح.)

1. Have you ever been diagnosed, treated or felt any disorder, pain or had any symptoms related to the following: هل تم تشخيصك أو علاجك أو شعرت بأي اضطراب أو ألم أو عانيت من أي أعراض تتعلق بما يلي:		
a. Musculoskeletal and/or Connective Tissue System? (i.e. fractures, joint or cartilage problems, back problems, deformities, bone infections, osteoporosis, arthritis, rheumatism, etc.) أ. الجهاز العضلي الهيكلي و / أو نظام الأنسجة؟ (مثل الكسور، مشاكل المفاصل أو الغضاريف، مشاكل الظهر، التشوهات، التهابات العظام، هشاشة العظام، التهاب المفاصل، الروماتيزم، إلخ)		

Date: _____

Applicant's Signature: _____

التاريخ

توقيع مقدم الطلب

(Please tick relevant box)	Yes	No
----------------------------	-----	----



لا	نعم	يرجى اختيار المربع المناسب
		<p>b. Cancer, Neoplasms, Tumours? (specify below the type, location, treatment, whether malignant or benign) ب. السرطان والأورام الحميدة والخبيثة؟ (حدد أدناه النوع أو الموقع أو العلاج ، سواء كان خبيثاً أو حميداً)</p>
		<p>c. Blood & Blood Forming Organ Systems? (i.e. anaemia, thalassemia, bleeding disorders, blood cell disease, spleen problems, lymph node problems, etc.) ج. أجهزة تكوين الدم والدم؟ (مثل فقر الدم ، الثلاسيميا ، اضطرابات النزيف ، أمراض خلايا الدم ، مشاكل الطحال ، مشاكل العقد الليمفاوية ، إلخ)</p>
		<p>d. Digestive System? (i.e. Reflux, ulcers, diverticula, bleeding-infection-obstruction-perforation of the oesophagus, stomach, intestines or colon, problems of the teeth/gums/mouth/jaw, problems with the liver, gallbladder or pancreas, anal/rectal polyps, etc.) د. الجهاز الهضمي؟ (مثل الارتجاع المريئي، تقرحات، رتج، نزيف، عدوى، انسداد، انتقاب المريء، المعدة، الأمعاء أو القولون، مشاكل الأسنان / اللثة / الفم / الفك، مشاكل الكبد، المرارة أو البنكرياس، الأورام الحميدة الشرجية / الشرجية، إلخ.)</p>
		<p>e. Endocrine, Nutritional, Metabolic and/or Immunity System? (i.e. diabetes, thyroid or pituitary gland problems, adrenal gland, ovary or testes problems, hormone problems, gout, multiple sclerosis, cystic fibrosis, metabolic disorders, immune problems, etc.) هـ. نظام الغدد الصماء والتغذية والتمثيل الغذائي و / أو المناعة؟ (مثل مرض السكري، مشاكل الغدة الدرقية أو الغدة النخامية، مشاكل الغدة الكظرية، مشاكل المبيض أو الخصيتين، مشاكل الهرمونات، النقرس، تصلب المتعدد، التليف الكيسي، اضطرابات التمثيل الغذائي، مشاكل المناعة، إلخ.)</p>
		<p>f. Nervous System or Sense Organs? (i.e. ear injury/infection, vertigo, hearing problems, eye injury/disease, retina problems, glaucoma, vision problems, muscular dystrophy, brain/nerve degeneration, meningitis, paralysis, seizures, epilepsy, neuralgia, etc.) ف. الجهاز العصبي أم الحواس؟ (مثل إصابة / عدوى الأذن، والدوار، ومشاكل السمع، وإصابة / مرض العين، ومشاكل الشبكية، الماء الأزرق في العين ومشاكل الرؤية، وضمور العضلات، وتتكس الدماغ / الأعصاب، والتهاب السحايا، والشلل، والنوبات، والصرع، والألم العصبي، وما إلى ذلك)</p>
		<p>g. Genitourinary System? (i.e. Kidney/bladder infections, renal failure, kidney stones, endometriosis, menstrual cycle problems, salpingitis, ovarian cysts, prostate problems, impotence, testicle infections, sperm abnormalities, fertility problems, etc.) ز. نظام الجهاز البولي التناسلي؟ (مثل التهابات الكلى / المثانة، والفشل الكلوي، وحصوات الكلى، والتصاق بطانة الرحم، ومشاكل الدورة الشهرية، والتهاب البوق، تكيس المبيض، ومشاكل البروستاتا، والعجز الجنسي، والتهابات الخصية، وتشوهات الحيوانات المنوية، ومشاكل الخصوبة، وما إلى ذلك)</p>
		<p>h. Respiratory System? (i.e. Sinusitis, allergies, tonsillitis/laryngitis, bronchitis, emphysema, pneumonia, etc.) ح. الجهاز التنفسي؟ (مثل التهاب الجيوب الأنفية والحساسية والتهاب اللوزتين / التهاب الحنجرة والتهاب الشعب الهوائية وانتفاخ الرئة والالتهاب الرئوي وما إلى ذلك)</p>
		<p>i. Skin-Subcutaneous Tissue? (i.e. dermatites, acne, seborrhoea, puritis, etc.) ق. انسجة تحت الجلد؟ (مثل التهاب الجلد، حب الشباب، الزهم، التهاب البورون، إلخ)</p>
		<p>j. Cardiovascular System? (i.e. stroke, cerebral ischemia, rheumatic fever, atherosclerosis, aneurysm, embolism, peripheral vascular disease, hypertension, heart valve disease, irregular heartbeat, pulmonary embolism, phlebitis, varicosities, etc.) ي. نظام القلب والأوعية الدموية؟ (مثل السكتة الدماغية، نقص التروية الدماغية، الحمى الروماتيزمية، تصلب الشرايين، تمدد الأوعية الدموية، الانسداد، أمراض الأوعية الدموية الطرفية، ارتفاع ضغط الدم، أمراض صمام القلب، عدم انتظام ضربات القلب، الانسداد الرئوي، التهاب الوريد، الدوالي، إلخ.)</p>
		<p>k. Any (chronic) disease(s), symptoms and complaints not mentioned above ج. أي أمراض (مزمنة) وأعراض وشكاوى غير مذكورة أعلاه</p>
		<p>2. Have you ever undergone surgery to remove a body organ or structure? (Specify body organ/Structure, date & place of surgery?) 2. هل خضعت من قبل لعملية جراحية لإزالة عضو أو بنية من الجسم؟ (يرجى تحديد العضو / هيكل الجسم، تاريخ ومكان الجراحة؟)</p>
		<p>3. Have you been tested or treated for Hepatitis A or C? 3. هل خضعت للفحص أو العلاج من التهاب الكبد A أو C؟</p>
		<p>4. Are you HIV positive or have any medical condition or symptom indicative of HIV infection or AIDS? 4. هل أنت مصاب بفيروس نقص المناعة البشرية أو لديك أي حالة طبية أو أعراض تدل على الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية أو الإيدز؟</p>
<p>Chapter C القسم ج Maternity/ History of Conception (if answer Yes is selected, specify details and numbers)</p>		



تاريخ الحمل (إذا كانت الإجابة "نعم" ، يرجى تحديد التفاصيل و التواريخ)		
1. Are you currently pregnant? If Yes, have there been any complications to date?		
1. هل أنت حامل حالياً؟ إذا كانت الإجابة بنعم ، هل حدثت أية مضاعفات حتى الآن؟		
2. Last Menstrual period date (dd-mm-yyyy)	2. تاريخ آخر دورة شهرية (يوم - شهر - سنة)	
3. Are you currently trying to get pregnant?		
3. هل تحاولين الحمل حالياً؟		
4. Are you undergoing any form of fertility treatment?		
4. هل تخضعين لأي شكل من أشكال علاج العقم؟		

Date: _____

Applicant's Signature: _____

التاريخ

توقيع مقدم الطلب

Details of Answer "Yes"

تفاصيل الإجابة ذات الإجابة "نعم"

In case the answer is YES to any of the conditions/diseases or medication is required on a regular basis above please specify full details.

في حال كانت الإجابة بنعم على أي من الحالات / الأمراض أو العلاجات الدورية حسب ما ورد أعلاه ، يرجى تحديد التفاصيل الكاملة.

Continue on a separate sheet if necessary for further detailed information:

يرجى استخدام ورقة منفصلة، إذا لزم الأمر، لمزيد من التفاصيل:

Chapter and Question Number القسم ورقم السؤال	Name of Person اسم الشخص	Diagnosis التشخيص	Date of Onset dd-mm-yyyy تاريخ بداية العلاج يوم-شهر-سنة	Medication العلاج

In case of diabetes please specify whether insulin dependent please specify the generic name / brand name as well as the daily / weekly quantity below:

في حالة الإصابة بمرض السكري ، يرجى تحديد ما إذا كان يعتمد على الأنسولين ، يرجى تحديد الاسم العام / اسم العلامة التجارية بالإضافة إلى الكمية اليومية / الأسبوعية أدناه:

--



In case currently on immunomodulator or immunotherapy kindly specify the generic name / brand name as well as how often administration is required:

في حالة استخدام جهاز مناعي أو علاج مناعي حاليًا ، يرجى تحديد الاسم العام / اسم العلامة التجارية وكذلك عدد المرات التي تتطلب الإدارة:

I understand and acknowledge any pregnancy not declared at the time of this application's coverage will be at the sole discretion of the insurer. The insurer has the right to not cover any maternity claims to any undeclared pregnancy. I also acknowledge and understand any pregnancy, which arises within forty calendar days from the date of this application; coverage will also be at the discretion of the insurer.

I agree that no indemnity will be paid under the proposed insurance policy for medical expenses arising from disorders which were declared prior to completion of this application and which were not disclosed to the insurer at the date of this application. Failure to disclose material information to the insurer will invalidate the proposed insurance policy.

I hereby declare and agree, with respect to, myself that I am aware of the general terms of this insurance and I accept them. With the above, I authorise my doctor, health institution or other organisation or person that has any information about my health and/or activities to provide the Insurer with the said information. This shall include hospital and any other records pertaining to medical advice, diagnosis, treatment or disturbances. A photocopy of this authorisation has the same validity as the original.

All Declarations must be made in writing on this application verbal declaration WILL NOT be accepted.

أفهم وأقر أن أي حمل لم يتم الإعلان عنه في وقت هذا الطلب سيكون وفقًا لتقدير شركة التأمين وحدها. يحق لشركة التأمين عدم تغطية أي مطالبات تتعلق بأي حمل غير معلن. كما أقر وأفهم أن أي حمل يحدث خلال أربعين يومًا تقويميًا من تاريخ هذا الطلب ؛ ستكون التغطية أيضًا وفقًا لتقدير شركة التأمين.

أوافق على أنه لن يتم دفع أي تعويض بموجب وثيقة التأمين المقترحة عن المصاريف الطبية الناشئة عن الاضطرابات التي لم يتم الإعلان عنها قبل استكمال هذا الطلب والتي لم يتم الكشف عنها لشركة التأمين عند تاريخ هذا الطلب. سيؤدي عدم الكشف عن أية معلومات جوهرية لشركة التأمين إلى إبطال وثيقة التأمين المقترحة.

أقر بموجب هذا وأوافق ، فيما يتعلق بنفسني ، على علمي بالشروط العامة لهذا التأمين وأوافق عليها. مع ما سبق ، أفوض طبيبي أو مؤسستي الصحية أو أي منظمة أو شخص آخر لديه أية معلومات حول صحتي و / أو أنشطتي لتزويد شركة التأمين بالمعلومات المذكورة. يجب أن يشمل ذلك المستشفى وأي سجلات أخرى تتعلق بالنصيحة الطبية أو التشخيص أو العلاج أو الاضطرابات. نسخة هذا التفويض يجب أن تحمل نفس تاريخ صلاحية الأصل.

يجب أن تكون جميع التصريحات مكتوبة اي تصريح شفوي لهذا الطلب لن يتم قبوله.

Date: _____

Applicant's Signature: _____

التاريخ

توقيع مقدم الطلب