

استمارة طلب التأمين

يرجى تعبئة هذه الاستمارة بخط واضح

رقم العرض:

في حال إضافة شخص معال جديد، فيرجى ذكر رقم الوثيقة الحالية:

إذا تقدمتم للانضمام إلى وثيقة تأمين جماعي سارية فيرجى ذكر التالي:

اسم المجموعة:

رقم المجموعة:

إرشادات حول كيفية تعبئة استمارة طلب التأمين

- تجب تعبئة استمارة طلب التأمين بالكامل وإدراج جميع المعلومات ذات الصلة. بمجرد إرسال الاستمارة، سيقوم فريق الاكتتاب الطبي لدينا بمراجعة التفاصيل. ومن المحتمل طلب المزيد من المعلومات فيما يتعلق بحالات طبية تم ذكرها في الطلب. ومن ثم سنقوم بتقييم المعلومات والرد عليكم في أسرع وقت ممكن..
- في حال كنتم مؤمنين ضمن إحدى خطط التأمين الصحي الخاصة بنا وتقدمتم للحصول على تغطية أعلى أو لخطة جديدة، يرجى إعلامنا عن الحالات المرضية التي قمتم بتقديم المطالبات من أجلها بدءاً من تاريخ انضمامكم للتأمين.
- يجب إكمال قسم 7 والتوقيع عليه من قبل المتعاقد. يجب التوقيع على الأقسام 8 و11 من قبل جميع مقدمي الطلب البالغين. تماشيًا مع النظام الأوروبي لحماية البيانات العامة (GDPR) فلن نتمكن من تناول طلب التأمين الصحي دون هذه التوقيعات. ينبغي على ولي الأمر أو الوصي إكمال نموذج الموافقة لأي شخص لم يبلغ سن الثامنة عشرة. أما القسم 9 فيجب توقيعه من قبل جميع المتقدمين البالغين والذين يرغبون بتعيين وسيط بصفة جهة الاتصال الرئيسية لهذه الوثيقة.
- إذا تقدم أي شخص يتقدم بطلب للحصول على تغطية لعلاج الأسنان، يرجى التأكد من إكمال الاستبيان الخاص بالأسنان. يمكنكم طلب الاستبيان عبر إرسال بريد إلكتروني إلى: underwriting.egypt@allianzworldwidecare.com

يتم تعريف العبارات / الكلمات التالية حيثما تم ذكرها في استمارة طلب التأمين على النحو التالي:

المواطن الأصلي/الوطن: هو البلد الذي يحمل منه المتعاقد (أو المعالون إن وجدوا) جواز سفر ساٍ و/أو بلد الإقامة الرئيسي.
 بلد الإقامة الرئيسي: هو البلد الذي يعيش فيه المتعاقد (والمعالون إن وجدوا) لأكثر من ستة أشهر من السنة.

1. بيانات مقدم الطلب (ننوه أن مقدم الطلب هو المؤمن عليه الرئيسي)

يجب إخطار الشركة بأي تغييرات في بيانات المراسلة حتى نتأكد من وصول مراسلات الشركة إليكم. يمكن قبول المتقدمين لطلب التأمين حتى اليوم السابق لتاريخ بلوغهم سن الـ 76.

الاسم (الاسم الأول واسم الأب والجد)	<input type="text"/>	السيد/السيدة/الآنسة/غير ذلك	<input type="text"/>
اسم العائلة	<input type="text"/>	تاريخ الميلاد (يوم/شهر/سنة)	<input type="text"/>
الجنس	<input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> انثى	رقم مستند إثبات الشخصية:	<input type="text"/>
الموطن الأصلي/الوطن	<input type="text"/>	الجنسية	<input type="text"/>
بلد الإقامة الرئيسي	<input type="text"/>	العنوان في بلد الإقامة الرئيسي بالكامل (ضروري)	<input type="text"/>
رقم الهاتف الأساسي	<input type="text"/>	رقم هاتف إضافي	<input type="text"/>
رمز الدولة - رمز المدينة	<input type="text"/>	البريد الإلكتروني (ضروري)	<input type="text"/>
رمز الدولة - رمز المدينة	<input type="text"/>	المهنة (ضروري - يرجى الإشارة إذا ما كان الشخص طالبًا)	<input type="text"/>
تفاصيل خاصة بأي تأمين طبي ساٍ (محلي أو دولي)	<input type="text"/>	اسم شركة التأمين	<input type="text"/>
رقم الوثيقة	<input type="text"/>	تاريخ بدء التأمين (يوم/شهر/سنة)	<input type="text"/>

يرجى تحديد البرامج الاختيارية

نوجه عنايتكم إلى إمكانية الحصول على البرامج الاختيارية مع أي من البرامج الأساسية فقط، حيث إنه لا يمكن شراؤها بشكل مستقل

برامج العيادات الخارجية

Crystal Individual Direct (Egypt)

Silver Individual Direct (Egypt)

Gold Individual Direct (Egypt)

يرجى تحديد مبلغ التحمل الاختياري الخاص ببرامج العيادات الخارجية

(ننوه إلى إمكانية اختيار تطبيق مبلغ التحمل الاختياري إما على البرنامج الأساسي أو على برنامج العيادات الخارجية. يطبق مبلغ التحمل الذي تم اختياره لكل شخص مؤمن عليه لكل استشارة بالعيادات الخارجية).

US\$ 15

US\$ 10

US\$ 5

لا يوجد مبلغ تحمل

برامج الصحة والعافية

Bronze Wellness Plan

(متوفر في حال اختيار أي من البرامج الأساسية)

Silver Wellness Plan

(متوفر في حال اختيار أي من البرامج الأساسية)

Gold Wellness Plan

(متوفر في حال اختيار أي من البرامج الأساسية)

برامج رعاية الأم

برامج رعاية الأم متوفرة للأزواج والعائلات لذلك يجب أن يكون الزوج مؤمناً عليه في الوثيقة عند اختيار برنامج رعاية الأم.

Club Maternity Direct متوفر فقط في

Classic Individual Direct مع أي من برامج العيادات الخارجية

Premier Maternity Direct متوفر فقط

Premier Individual Direct مع أي من برامج العيادات الخارجية

برامج الأسنان

Dental 2 (Egypt)

(متوفر في حال اختيار أي من البرامج الأساسية)

Dental 1 (Egypt)

متوفر فقط في حال اختياركم البرنامج الأساسي Premier Individual Direct وبرامج العيادات الخارجية Gold Individual Direct

برنامج الإعادة إلى الوطن

برنامج الإعادة إلى الوطن

5. الحالات المرضية السابقة

هي الحالات المرضية أو الحالات ذات الصلة والتي ظهر واحد أو أكثر من أعراضها في أثناء حياة الشخص المؤمن عليه أو المعالين، بغض النظر إلى ما إذا تم السعي للحصول على علاج طبي أو مشورة.

سيتم اعتبار أي حالة من هذا القبيل أو حالة ذات صلة والتي كانت معلومة أو يفترض معرفتها من قبل الشخص المؤمن عليه أو أحد المعالين ضمن الحالات السابقة لبداية التأمين. تتم تغطية الحالات المرضية السابقة بموجب هذه الوثيقة إلا إذا تم ذكر غير ذلك كتابياً من قبل الشركة. كما أن أي حالات تظهر خلال فترة استكمال طلب التأمين التالية سوف تعتبر ضمن الحالات السابقة لبداية التأمين.:

- تاريخ إصدار شهادة التأمين أو
- تاريخ سريان الوثيقة

وتخضع الحالات المرضية السابقة إلى قواعد الاكتتاب الطبي الكامل، وفي حالة عدم ذكرها لن تكون مشمولة بالتغطية.

ولذلك يجب إخطارنا بأي تغييرات مادية تحدث في المعلومات المقدمة في طلب التأمين خلال الفترات التي تم ذكرها أعلاه (أي المعلومات التي من شأنها التأثير على تناول ودراسة الطلب وبالتالي قبول طلب التأمين). ويلتزم المتعاقد / الشخص المؤمن عليه بتقديم أي معلومات أخرى قد تحتاجها الشركة لدراسة طلب التأمين حال طلبها.

في حال كنتم مؤمنين ضمن إحدى خطط التأمين الصحي الخاصة بنا وتقدمتم للحصول على تغطية أعلى أو لخطوة جديدة، يرجى إعلامنا عن الحالات المرضية التي قمتم بتقديم المطالبات من أجلها بدءاً من تاريخ انضمامكم للتأمين.

6. استمارة الحالة الصحية

الرجاء الإجابة عن الأسئلة التالية على أساس التاريخ الطبي الكامل لكم وللمعالين (إن وجدوا). يجب الإفصاح عن كل الحقائق المادية (الحقائق التي تؤثر على عملية التقييم وقبول طلب التأمين). إذا كنتم في حالة شك حول ما إذا كانت الحقائق مادية أم لا، فيرجى الإفصاح عنها. إن عدم الإفصاح عن أي حقائق مادية، قد ينتج عنه بطلان الوثيقة. إن استمارة الحالة الصحية هذه سارية لمدة شهرين من تاريخ استيفائها وتوقيعها من قبل مقدم طلب التأمين.

مقدم الطلب	المعال الثالث	المعال الثالث	المعال الثالث
الطول سم <input type="text"/>	سم <input type="text"/>	سم <input type="text"/>	سم <input type="text"/>
الوزن كيلوجرام <input type="text"/>	كيلوجرام <input type="text"/>	كيلوجرام <input type="text"/>	كيلوجرام <input type="text"/>
هل قمتم بتدخين أي نوع من أنواع التبغ خلال العام الماضي؟ نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
إذا أجبتم بنعم، يرجى ذكر معدل التدخين اليومي سيجارة واحدة = وحدة واحدة، سيجار متوسط = وحدتين، غرام واحد من التبغ (اللف) = وحدتين، غليون = وحدتين ونصف، 10 ملغم نيكوتين السيجارة الإلكترونية = وحدة واحدة. في حال عدم التدخين، يرجى إدراج "لا"	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
هل تتناولون المشروبات الكحولية؟	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
إذا أجبتم بنعم، يرجى ذكر الكمية التي يتم تناولها في الأسبوع (وحدة قصيرة = وحدة = 250 ملي بيرة = كأس نبيذ) في حال عدم تناول الكحول، يرجى إدراج "صفر"	الأسبوع / <input type="text"/>	الأسبوع / <input type="text"/>	الأسبوع / <input type="text"/>
هل ترتدون نظارة لتصحيح النظر أو عدسات لاصقة؟ إذا أجبتم بنعم، يرجى ذكر: - الحالة - وحدة قياس قوة العدسة (الديوبتر) لكل عين (تتواجد هذه المعلومة بفحص النظر/وصفة الدواء الموصوفة من قبل طبيب العيون)	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>

1. هل سبق لأي شخص مدرج في هذا الطلب أن عانى أو أقام في المستشفى بسبب، أو تلقى العلاج أو قام باختبارات أو فحوصات لأي من الحالات الآتية:

نعم لا

(أ) أي مرض أو اضطراب في القلب مثل النوبة القلبية، أمراض الشرايين التاجية، أمراض الأوعية الدموية، عدم انتظام ضربات القلب، نغخة قلبية أو لفظ أو آلام في الصدر أو السكتة الدماغية أو النزف أو جلطات أو أمراض الدم أو ضغط الدم غير الطبيعي أو ارتفاع الكوليسترول في الدم، إلخ.

نعم لا

(ب) أي مرض جلدي مثل حب الشباب أو الإكزيما أو التهاب الجلد أو الصدفية أو الحساسية، إلخ.

نعم لا

(ت) أي اضطراب أو مرض متعلق بالعدس الصماء كالسكري أو التهابات البنكرياس أو السممة ومشكلات الوزن أو النقرس أو مشكلات الغدة الدرقية أو أي اضطرابات هرمونية، إلخ.

نعم لا

(ث) أي اضطراب بالعين أو الأذن أو الأنف أو الحنجرة مثل إتمام عدسة العين أو المياه الزرقاء أو الشبكية المنفصلة أو فقدان السمع أو التهابات الأذن أو مشكلات في الجيوب الأنفية أو التهابات اللوزتين أو النجمية، إلخ.

نعم لا

(ج) أي اضطراب في الجهاز الهضمي بما في ذلك مشكلات المعدة والقرحة أو الفتق أو البواسير أو حصى المرارة أو الزائد الحميدة في القولون أو التهاب القولون أو مرض كرون Crohn's disease أو مشكلات الكبد، إلخ.

نعم لا

(ح) أي أمراض معدية أو اضطرابات مثل التهاب الكبد الفيروسي A-B-C أو الهربس / الفطريات أو نقص المناعة البشرية HIV أو فيروس كورونا COVID-19 / SARS-CoV-2، الملاريا أو السحايا أو التهابات الدم أو الأمراض المنقولة جنسياً، إلخ.

نعم لا

(خ) أي اضطرابات في العضلات أو الهيكل العظمي أو مشكلات مثل اضطراب الرقبة أو الظهر أو التهاب وآلام المفاصل أو الألم العضلي الليفي أو الشلل أو عمليات تبديل المفاصل أو أي مشكلات في الغضروف والأربطة، أو متلازمة النفق الرسغي، إلخ.

نعم لا

(د) أي أمراض أو اضطرابات عصبية مثل السكتة أو التصلب المتعدد أو الصرع أو اضطرابات عصبية أخرى، أو الشلل/الشلج، أو الصداع النصفي أو نوبات الصرع أو الزهايمر أو أي شكل من أشكال الخرف، إلخ.

نعم لا

(ذ) أي أورام مثل السرطان أو سرطان الدم اللوكيميا أو أورام لمفية أو آفات جلدية أو نمو أو ورم أو كيس أو شامة أو خال (وحمة)، إلخ.

نعم لا

(ر) أي مشكلات نفسية أو اضطرابات عقلية مثل اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه (ADHD) أو اضطرابات طيف التوحد أو القلق أو الاكتئاب أو متلازمة التعب المزمن/ الإرهاق المزمن أو اضطرابات الأكل أو اضطرابات الوسواس القهري أو الاضطرابات الرهابية أو مشكلات الكحول أو المخدرات، إلخ.

نعم لا

(ز) أي أمراض أو اضطرابات في الجهاز التنفسي أو الرئتين مثل اضطراب الانسداد الرئوي المزمن أو السار كويد أو الربو أو التهاب الشعب الهوائية أو التهاب الجيوب الأنفية أو ضيق النفس أو الحساسية، إلخ.

نعم لا

(س) أي مشكلات في المسالك البولية أو اضطرابات في الإنجاب أو متعلقة بالأمراض النسائية أو الأعضاء التناسلية مثل اضطراب في الكلى أو المسالك البولية أو مشكلات ضعف الدورة الشهرية، أو مشكلات الإخصاب والعقم أو تضخم في الغضيتين أو البروستاتة، إلخ.

نعم لا

(ش) أي مرض أو إصابة أخرى أو حادث أو اضطراب لم يرد ذكرها أعلاه، إلخ.

2. هل سبق لأي شخص مدرج في هذا الطلب:

نعم لا

(أ) يتلقى أي علاج / دواء حاليًا (بما في ذلك الأدوية التي لا تحتاج لوصفة طبية) على أساس منتظم؟

نعم لا

(ب) بأن تم نصحه لطلب المشورة أو العلاج الطبي أو إحيل لإجراء اختبارات أخرى بسبب حادث أو إصابة أو مرض أو اضطراب، أو في انتظار إجراء تحليل / فحوصات أو اختبارات أو تلقي علاج؟

نعم لا

(ت) بالقيام بإجراء فحوصات غير الروتينية خلال العشر سنوات السابقة والتي تم على إثرها إحالته للاستشارة الطبية أو العلاج، مثل الخزعة أو منظار القولون / الأمعاء الغليظة أو التنظير المهبلي أو التصوير الطبقي (CT) أو تصوير الثدي أو التصوير بالرنين المغناطيسي أو فحص مسحة عنق الرحم أو اختبار جين البروستاتة (PSA)، أو تخطيط صدى القلب (Echo)، أو التصوير بالموجات فوق الصوتية (ultrasound)، إلخ.

نعم لا

يرجى عدم التصريح عن فحوصات تتعلق بالجينات (DNA or RNA) حيث إنها غير مطلوبة للتقييم الطبي.

نعم لا

(ث) بأن عانى خلال العامين الماضيين من أي أعراض (متكررة أو مستمرة) أو شكاوى طبية لا علاقة لها بالحالات التي سبق وذكرتموها، على سبيل المثال لا الحصر:

- الحرارة (103 فهرنهايت/ 39.5 مئوية أو أكثر) أو السعال المستمر (خلال الأسبوعين المنصرمين)

- ضيق في التنفس
- بحة في الصوت
- صداع شديد أو مستمر
- تغييرات أو ألم أو نزف في الجلد أو الشامات أو العلامات الجلدية
- وخز أو نمومة
- عدم وضوح الرؤية أو ضعفها، أو الرؤية المزدوجة
- فقدان غير متوقع للوزن
- نزيف في المستقيم، أو تغيير في عادة الأمعاء (الخروج) أو تكرار البول
- فقدان الإحساس أو النوبات أو فقدان الوعي
- نزف غير طبيعي، إلخ.
- ألم أو تصلب في المفاصل، إلخ.

ج) هل تم نصحك أو قررتم القيام بالعزلة الذاتية خلال الثلاثين يوماً الماضية؟

نعم لا

في حال رغبتكم بالحصول على برنامج الأسنان يرجى الإجابة عن السؤال رقم 3

3. هل يتلقى حالياً أي شخص مدرج في هذا الطلب أو تم نصحه بأي من الأشياء التالية؛ علاج للأسنان أو جراحة أسنان أو أسنان صناعية أو تقويم للأسنان أو علاج للثة الأسنان؟

إذا أجبتم بنعم فيرجى تعبئة استمارة الأسنان والتي يمكنكم الحصول عليها عن طريق الاتصال بنا على الرقم: 20222320339 + أو البريد الإلكتروني underwriting.egypt@allianzworldwidecare.com

نعم لا

أسئلة إضافية للإجابات بنعم

إذا كانت الإجابة بنعم لأي جزء من الأسئلة 1 أو 2 أو 3 المذكورة سابقاً بقسم "استمارة الحالة الصحية"، يرجى ذكر التفاصيل في الجدول الموضح أدناه. يرجى الإفادة في حالة الشفاء التام وإذا كنتم أو أحد المعالين مصابين بأي حالة أو مرض ذي الصلة أو ناتج عن التشخيص الأصلي.

يرجى إرفاق التقارير الطبية ونتائج الاختبارات حديثة حيثما أمكن.

رقم السؤال	اسم الشخص المصاب بالحالة المرضية	التشخيص، وحيثما أمكن ذكر المنطقة المصابة في الجسم (على سبيل المثال: الذراع اليسرى أو القدم اليمنى)	تاريخ ظهور المرض	شدة ومعدل ظهور الأعراض وتاريخ وظهور الأعراض	نتائج التحاليل والتقارير (يرجى إدراج التاريخ والنتائج وأي تشخيصات)	العلاج الحالي والسابق (يرجى إدراج اسم الدواء والجرعة ووتيرة استخدامه، كذلك تواريخ بدء العلاج وعدد المرات التي كان فيها مطلوباً وتاريخ انتهائه)	الوضع الحالي (أي هل تحسنت الحالة، أم حصلت مضاعفات، أم تعافى كلياً، أم تكررت أو استمرت الإصابة)

في حال عدم وجود مساحة كافية في الجدول أعلاه، يرجى استخدام استمارة طلب تأمين أخرى

يرجى ذكر اسم وعنوان ورقم هاتف طبيب الأسرة/المعالج لجميع الأشخاص المدرجين في طلب التأمين. يرجى استخدام ورقة منفصلة إذا كانت المساحة المتاحة غير كافية:

7. إقرارات

يرجى قراءة الإقرارات التالية بعناية والتوقيع أدناه فقط في حالة استيعابها والموافقة عليها.

- أقر بأن جميع المعلومات المقدمة أعلاه صحيحة وكاملة، بما في ذلك تلك الإجابات التي ليست بخط يدي وأقر بأنني لم أخفِ أو أحرّف أو أدلّ بشكل غير صحيح لأي حقائق مادية. كما أتفهم أن هذا الطلب هو أساس العقد المبرم بيني وبين شركة التأمين، وأن أي تزوير أو محاولة تضليل أو عدم إفصاح يتعلق بأي وقائع مادية طبية قد تجعل هذا التأمين ملغى وباطلاً.
- أتعهد بإبلاغ شركة التأمين فوراً وكتابياً عند حدوث أي تغييرات في الحالة الصحية للمعالين ما بين فترة استكمال طلب التأمين وتاريخ بدء سريان الوثيقة.
- أوافق على التنازل عن حقوق السرية الطبية فيما يتعلق بالسجلات الطبية الخاصة بحالتي الصحية في سياق طلب التأمين هذا، كما وأوافق على أن تتحقق شركة التأمين من البيانات المتعلقة بحالتي الصحية إذا رأت ذلك ضرورياً، من شركات التأمين الطبي الأخرى فيما يتعلق بجميع البيانات المتعلقة بطلبات التأمين الحالية أو السابقة المقدمة من قبلي.
- مع مراعاة أي قيود قانونية سارية، فقد تطلب شركة التأمين (أو الطاقم الطبي العامل فيها أو ممثلون عنها أو لخبير خارجي في حالة وقوع أي خلافات) معلومات طبية متعلقة بي من الطواقم الطبية. في هذه الحالة، أفوض جميع الممارسين والأطباء وأطباء الأسنان وأعضاء المهن الطبية والعاملين في المستشفيات والسلطات الصحية فضلاً عن المرافق الطبية بالسماح لشركة التأمين بالاطلاع على سجلاتي الطبية وتوفيرهم بمعلومات تتعلق بحالتي الصحية. وأيضاً أقر بهذا البيان للمعالين المشتركين بالتأمين ما دون عمر 18 عاماً ولأولئك الذين لا يمكنهم تقييم معنى هذا الإقرار.
- أقر بأنني:
 - قد قرأت وفهمت كافة النقاط الواردة بهذا الطلب ونص الوثيقة التي تم إطلاعي عليها وكذلك جميع التعريفات، والمزايا والاستثناءات الخاصة بتلك الوثيقة بما في ذلك التفاصيل الخاصة بالحالات المرضية السابقة على تاريخ هذا الطلب والتي يجب الإفصاح عنها للشركة.
 - استلمت وقرأت وفهمت وثيقة معلومات التأمين وقبلت الشروط والأحكام بحسب ما تم سردها في الوثيقة وفي دليل المزايا.
 - قمت باختيار البرنامج الأنسب لي ولحاجاتي التأمينية استناداً على المعلومات الموفرة في الوثيقة وبناءً على ما اخترت من خطط.
- وإنني على علم:
 - بأن استمارة طلب التأمين هذه سارية لمدة شهرين من تاريخ استيفائها وتوقيعها من قبل مقدم طلب التأمين.
 - أنه يمكنني إلغاء التأمين بشرط تقديم طلب خطي بذلك قبل 30 يوماً من تاريخ الانتهاء، وطالما لم يتم إجراء أي مطالبات بموجب هذه الوثيقة. وفي هذه الحالة يحق لي استرداد نسبة من القسط المدفوع تحتسب ابتداءً من تاريخ إلغاء التأمين
- وإنني أوافق على:
 - مسؤوليتي عن التحقق من دقة المعلومات التي سوف ترد في شهادة التأمين فور صدورها. وفي حالة إذا ما كان هناك اختلاف في محتوى شهادة التأمين عن ما تم ذكره في طلب التأمين فإنه يتوجب علي إخطار الشركة خلال مدة أقصاها 30 يوماً من تاريخ إصدار شهادة التأمين وفي حالة عدم إخطار الشركة خلال المدة المحددة أعلاه يعتبر ذلك موافقة ضمنية مني على ما ورد بشهادة التأمين.
 - كون هذه الوثيقة تخضع للشروط العامة للوثيقة الموحدة الواردة في دليل المزايا ابتداءً من تاريخ السريان أو تاريخ التجديد.
 - احتمال كون التغطية التأمينية الموفرة من قبل شركة التأمين غير مناسبة في حال أقمت أو من أعيل في أي بلد تفرض فيه قيود التأمين الصحي المحلي الإلزامية (سويسرا على سبيل المثال).
- أقر بمسؤوليتي عن التحقق لضعوي لأية من لضعوي لأي متطلبات خاصة بالتأمين الصحي المحلي الإلزامي للتأكد من كون التغطية التأمينية الخاصة بي مناسبة في بلد إقامتي من الناحية القانونية، كما أقر بأن التغطية الصحية الخاصة بي تمثل لأي تغطية تأمينية مطلوبة قانوناً.

تم توقيع وتدوين الإقرارات الموضحة أعلاه وطلب التأمين هذا بالنيابة عن جميع الأشخاص المدرجين في هذا الطلب.

التوقيع 

اسم مقدم الطلب/المتعاقد

التاريخ (يوم/شهر/سنة)

8. تعيين المتعاقد (وجوب استكمال هذا القسم من قبل جميع المعالين الذين يرغبون بتعيين المتعاقد بصفته الشخص الرئيس للاتصال)

بغرض المساعدة في إدارة شؤون وثيقتكم يمكنكم تعيين المتعاقد بصفته الشخص الرئيس للاتصال فيما يتعلق بشؤون تأمينكم. يمكنكم القيام بذلك عبر التوقيع أدناه.

أفوض اسم المتعاقد

في التعامل نيابة عني فيما يتعلق بإدارة هذه الوثيقة والتي قد تشمل الإفصاح عن المعلومات الطبية الدقيقة/الحساسة. سيبقى هذا التفويض سارياً حتى أتقدم بطلب خطي إلى شرالتوقيع لإلغائه.



توقيع المعال الثالث

التاريخ (يوم/شهر/سنة)



توقيع المعال الثاني

التاريخ (يوم/شهر/سنة)



توقيع المعال الأول

التاريخ (يوم/شهر/سنة)

9. تعيين وسيط/منتج

بصفتي مقدم الطلب أفوض أنا السيد(ة)/

اسم الوسيط

رقم ترخيص الوسيط

في التعامل نيابة عني وعن كل الأشخاص المذكورين في هذا الطلب فيما يتعلق بإدارة هذه الوثيقة والتي قد تشمل الإفصاح عن المعلومات الطبية الدقيقة/الحساسة. سيبقى هذا التفويض سارياً حتى أقدم بطلب خطي إلى شركة التأمين لإلغائه.

لاستخدام الشركة
فقط، ختم وتفاصيل
خاصة بالوسيط

توقيع مقدم الطلب

التاريخ (يوم/شهر/سنة)

توقيع المعال الأول

التاريخ (يوم/شهر/سنة)

توقيع المعال الثاني

التاريخ (يوم/شهر/سنة)

توقيع المعال الثالث

التاريخ (يوم/شهر/سنة)

10. نحن نهتم لحماية خصوصيتكم وبياناتكم

يوضح إشعار حماية البيانات كيفية قيام Allianz Care بصفتها الشركة القائمة على إدارة خدمات التأمين بالنيابة عن شركة تأمينكم بتوفير الحماية لخصوصيتكم وتناول البيانات الشخصية الخاصة بكم. وتجب قراءة الإشعار قبل تقديم أي بيانات شخصية. ليناء للاطلاع على إشعار حماية البيانات الخاص بنا، يرجى زيارة الرابط التالي: www.allianzcare.com/en/privacy يمكنك كذلك الاتصال بنا على خط المساعدة المحلي 19154 (للاتصال من داخل مصر) أو +353 1 630 1301 (للاتصال من خارج مصر) لطلب نسخة مطبوعة من إشعار حماية البيانات. في حال وجود استفسارات لديكم تتعلق بالبيانات الشخصية واستخداماتها، يمكنك مراسلتنا على البريد الإلكتروني التالي: AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com

11. موافقة الحصول على البيانات

نحتاج للحصول على موافقتكم لأجل جمع ومعالجة بياناتكم الصحية والشخصية. إذا لم تقدموا موافقة واضحة وصريحة، فلن نتمكن من توفير الوثيقة لكم أو تناول أي مطالبات مستحقة لكم. إذا وافقتم، فستتم معالجة بياناتكم للأغراض والأششطة المدرجة أدناه.

ينبغي على ولي الأمر أو الوصي إكمال نموذج الموافقة لأي عضو لم يبلغ 18 عاماً.

أوافق أنا مقدم الطلب، وكذلك المعالون المهدرجون أدناه، على ما يلي:

اسم مقدم الطلب/المتعاقد	اسم المعال الأول	اسم المعال الثاني	اسم المعال الثالث

- إذن تجميع البيانات الصحية وحفظها واستخدامها: يجوز لشركة التأمين الصحي تجميع البيانات الصحية وحفظها واستخدامها من أجل إدارة وثيقة التأمين، على سبيل المثال تقديم عروض للتغطية التأمينية، مع تحديد المخاطر التي سيتم تأمينها أو معالجة أي مطالبات. يجوز لشركة التأمين الصحي حفظ بياناتي الصحية وفقاً لمدونة القوانين الخاصة بالعملاء والتي يتم تطبيقها على وثيقة التأمين مع شركة التأمين الصحي أو أي قانون آخر معمول به يتطلب الاحتفاظ بتلك المعلومات.
 - إذن للحصول على بياناتي من جهات أخرى: يجوز لشركة التأمين الصحي الحصول على البيانات الصحية أو بيانات أخرى من الأطباء أو طاقم التمريض أو موظفي المستشفى أو المؤسسات الطبية الأخرى أو دور الرعاية أو صناديق التأمين الصحي القانونية أو الجهة الراعية للخطة أو الجمعيات المهنية والسلطات العامة وذلك لتزويدي بالتغطية التأمينية، وتحديد المخاطر التي سيتم تأمينها أو معالجة أي مطالبات. أوافق على إخلاء مسؤولية جميع الأفراد في هذه المؤسسات وشركة التأمين الصحي من التزاماتهم المعنية بالسرية فيما يتعلق ببياناتي الصحية أو أي بيانات أخرى تتطلب مشاركتها واستخدامها للأغراض المنصوص عليها أعلاه.
 - مشاركة البيانات خارج شركة التأمين الصحي: يجوز لشركة التأمين الصحي مشاركة البيانات الصحية والبيانات الأخرى مع المؤسسات الموضحة أدناه لاستخدامها في النطاق والأغراض نفسها المسموح بها لشركة التأمين الصحي. أتفهم أن شركة التأمين الصحي قد وضعت ترتيبات تعاقدية مع هذه المؤسسات لحماية بياناتي. أوافق على إخلاء مسؤولية جميع الأفراد في هذه المؤسسات وشركة التأمين الصحي من التزاماتهم المعنية بالسرية فيما يتعلق ببياناتي الصحية أو أي بيانات أخرى تتطلب مشاركتها واستخدامها للأغراض المنصوص عليها أدناه:
- مع الخبراء الطبيين المستقلين لتقييم المخاطر التأمينية أو أي مزايا أخرى سيتم دفعها لي أو إلى طرف آخر لتوفير العلاج أو الخدمة لي، بموجب وثيقة التأمين الخاصة بي.
 - مع مقدمي الخدمات من خارج مجموعة Allianz Group ممن يوفر خدمات معينة بالنيابة عن شركة التأمين الصحي، مثل تقييمات المخاطر ومعالجة المطالبات حيث:
 - تتضمن هذه الخدمات تجميع بياناتي الصحية والبيانات الأخرى واستخدامها
 - لا يمكن لشركة التأمين الصحي إدارة وثيقة التأمين أو دفع أي مطالبات مستحقة لي دون هذه البيانات.
 - مع شركات التأمين المشتركة لتوزيع تغطية المخاطر التأمينية معاً مع الشركات الأخرى التي أصدرت شركة التأمين الصحي وثيقة التأمين لها ولمعالجة المطالبات معاً
 - مع شركات التأمين الصحي الأخرى/شركات إعادة التأمين التي ربما تغطي مخاطر التأمين نفسها في الوقت نفسه (تأمين متعدد) وذلك:
 - لتوزيع مدفوعات أي تعويض قد يكون مستحقاً لي أو
 - للتعاون في اكتشاف أو منع الاحتيال والجرائم المالية.

إذا غيرت رأيي بشأن الخيارات المذكورة أعلاه، بما في ذلك الانسحاب من الاتفاق على أي من هذه البنود، فيمكنني إعلام شركة التأمين الصحي بذلك عن طريق إرسال بريد إلكتروني إلى:

AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com

توقيع مقدم الطلب

التاريخ (يوم/شهر/سنة)

توقيع المعال الأول

التاريخ (يوم/شهر/سنة)

توقيع المعال الثاني

التاريخ (يوم/شهر/سنة)

توقيع المعال الثالث

التاريخ (يوم/شهر/سنة)

12 خيارات التسويق

أوافق أنا مقدم الطلب وكذلك المعالون المدرجون أدناه على قيام شركة التأمين الصحي بتجميع البيانات الصحية واستخدامها من أجل توفير معلومات ترويجية وتسويقية لي، وإنني على دراية بأن الشركة ستقوم باستخدام هذه المعلومات للأسباب والفعاليات المذكورة أدناه فقط، وإنني موافق على قيام الشركة بذلك عن طريق اختيار المربع ✓ أدناه.

اسم المقدم الطلب/المتعاقد	اسم المعال الأول	اسم المعال الثاني	اسم المعال الثالث

المعلومات التي ترسلها شركة التأمين عن منتجاتهم وخدماتهم، بما في ذلك تحديثات أحدث عروضهم ومنتجاتهم وخدماتهم الجديدة.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

المعلومات المرسله مباشرة من قبل شركات مجموعة أليانز الأخرى Allianz Group عن منتجاتها وخدماتها. وأنا على دراية أنه سوف تكشف عن معلومات الاتصال الخاصة بي ذات الصلة لهم لهذا الغرض.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

المعلومات المرسله مباشرة من قبل شركاء التأمين عن منتجاتهم وخدماتهم. وأنا على دراية بأنه سوف تكشف عن معلومات الاتصال الخاصة بي ذات الصلة لهم لهذا الغرض.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

يجب إرسال مثل هذه الاتصالات إليّ عبر القنوات التالية:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	البريد الإلكتروني
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الإخطارات داخل التطبيق
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الهاتف
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	البريد

13 الدفع

يرجى عدم تسديد أقساط التأمين لحين إعلامكم برقم البوليصه الخاصة بكم.

عملة وآلية الدفع

يتم سداد الأقساط بالكامل بالدولار الأمريكي عن طريق الحوالة البنكية.

تخضع المدفوعات لرسوم إدارية إضافية كالتالي: 10% للدفعات السنوية و 3% للدفعات نصف السنوية و 4% للدفعات الفصلية.

يرجى اختيار آلية الدفع المفضلة :

فصلية	نصف سنوية	سنوية
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

يرجى استكمال الطلب وإرساله كالتالي:

إرساله بالبريد الإلكتروني إلى: underwriting.egypt@allianzworldwidecare.com

بالفاكس إلى رقم: 20223223005

بالبريد على العنوان التالي: شركة أليانز للتأمين - مصر، قطعة 14B01، مبنى A1، مدينة كايرو فستيفال سيتي - التجمع الخامس، القاهرة الجديدة، مصر

إذا كانت لديكم أي استفسارات تتعلق باستمارة طلب التأمين أو آلية تقديم الطلب، فيرجى الاتصال بخط المساعدة لدينا على الرقم: 20223223390



توفر شركة Allianz Care وAllianz Partners في اسماء تجارية مسجلة تابعة لـ Allianz Health & Life SA. أليانز للتأمين - مصر هي الشركة القائمة على وثائق تأمينكم. AWP Health & Life SA هي شركة محدودة خاضعة لقانون التأمين الفرنسي ومسجلة في فرنسا تحت الرقم RCS Bobigny 401 154 679. وتدار أعمالها من خلال فرعها الإيرلندي بعنوانه الكائن في: 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12 Ireland والمسجل في مكتب تسجيل الشركات الإيرلندي تحت الرقم: 907619 AWP Health & Life SA هي معيد التأمين وتوفر الخدمات الإدارية والدعم الفني لتأمينكم.

Allianz Life Assurance Company - Egypt (S.A.E) Registered Under No. 15/2001
Allianz Insurance Company - Egypt (S.A.E) Registered Under No. 13/2001
Address: Building (A1) - Cairo Festival City - 5th Settlement - New Cairo
Phone: (+202) 232 23000 Fax: (+202) 232 23001



أليانز لتأمينات الحياة - مصر (ش.م.م) مسجلة تحت رقم ٢٠٠١ / ١٥
أليانز للتأمين - مصر (ش.م.م) مسجلة تحت رقم ٢٠٠١ / ١٣
العنوان: مبنى (A1) - كايرو فستيفال سيتي - التجمع الخامس - القاهرة الجديدة
تليفون: ٢٣٢٢٣٠٠٠ (+٢٠٢) فاكس: ٢٣٢٢٣٠٠١ (+٢٠٢)