

استمارة طلب التأمين

يُرجى تعبئة هذه الاستمارة بخط واضح

رقم العرض:

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

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

رقم المجموعة:

اسم المجموعة:

إرشادات حول كيفية تعبئة استمارة طلب التأمين

- يجب 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، 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 و 11 من قبل جميع مقدمي الطلب البالغين. تماشياً مع النظام الأوروبي لحماية البيانات العامة (GDPR) فلن تتمكن من تناول طلب التأمين الصحي بدون هذه التوافق. ينبغي على ولي الأمر أو الوصي إكمال نموذج الموافقة لأي شخص لم يبلغ سن الثامنة عشر. أما القسم 9 فيجب توقيعه من قبل جميع المتقدمين البالغين والذين يرغبوا بتعيين وسيط صفة وجهة 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:

الموطن الأصلي/الوطن: هو البلد الذي يحمل منه المتعاقد (أو المعالين إن وجدوا) جواز سفر ساري وأو هو بلد الإقامة الرئيسي.
بلد الإقامة الرئيسي: هو البلد الذي يعيش فيه المتعاقد (والمعالين إن وجدوا) لأكثر من ستة أشهر من السنة.

1. بيانات مقدم الطلب (نوه 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.

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

يرجى تحديد البرامج الاختيارية

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

برامج العيادات الخارجية

Crystal Individual Direct (Egypt) <input type="checkbox"/>	Bronze Individual Direct (Egypt) <input type="checkbox"/>	Silver Individual Direct (Egypt) <input type="checkbox"/>	Gold Individual Direct (Egypt) <input type="checkbox"/>
--	---	---	---

يرجى تحديد مبلغ التحمل الاختياري الخاص برنامج العيادات الخارجية (ننوه الى امكانية اختيار تطبيق مبلغ التحمل الاختياري إما على البرنامج الاساسي أو على برنامج العيادات الخارجية. يطبق مبلغ التحمل الذي تم اختياره لكل شخص مؤمن عليه لكل استشارة بالعيادات الخارجية).

لا يوجد مبلغ تحمل \$5 \$10 \$15

برامج الصحة والعافية

Bronze Wellness Plan <input type="checkbox"/>	Silver Wellness Plan <input type="checkbox"/>	Gold Wellness Plan <input type="checkbox"/>
(متوفر في حال اختيار أي من البرامج الأساسية)	(متوفر في حال اختيار أي من البرامج الأساسية)	(متوفر في حال اختيار أي من البرامج الأساسية)

برامج رعاية الام

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

Club Maternity Direct (Egypt) <input type="checkbox"/>	Premier Maternity Direct (Egypt) <input type="checkbox"/>
متوفر فقط في حال اختياركم البرنامج الأساسي Club Individual Direct مع أي من برامج العيادات الخارجية	متوفر فقط في حال اختياركم البرنامج الأساسي Premier Individual Direct مع أي من برامج العيادات الخارجية

برامج الاسنان

Dental 3 (Egypt) <input type="checkbox"/>	Dental 2 (Egypt) <input type="checkbox"/>	Dental 1 (Egypt) <input type="checkbox"/>
(متوفر في حال اختيار أي من البرامج الأساسية)	(متوفر في حال اختيار أي من البرامج الأساسية)	متوفر فقط في حال اختياركم البرنامج الأساسي Premier Individual Direct وبرنامج العيادات الخارجية Gold Individual Direct

برنامج العودة الى الوطن

برنامج العودة إلى الوطن

5. الحالات المرضية السابقة

هي الحالات المرضية أو الحالات ذات الصلة والتي ظهر واحد أو أكثر من أعراضها أثناء حياة الشخص المؤمن عليه أو المعالين، بغض النظر عن ما إذا تم السعي للحصول علي علاج طبي أو مشورة. سيتم اعتبار أي حالة من هذا القبيل أو حالة ذات الصلة والتي كانت معلومة أو يفترض معرفتها من قبل الشخص المؤمن عليه أو أحد المعالين ضمن الحالات السابقة لبدء التأمين. يتم 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 والتالية سوف تعتبر ضمن الحالات السابقة لبدء 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 إخطار الشركة 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 أية معلومات اخرى قد تحتاجها الشركة لدراسة طلب التأمين حال طلبها.

6. استمارة الحالة الصحية

الرجاء الإجابة على الأسئلة التالية على أساس التاريخ الطبي السابق لكم وللمعالين (إن وجدوا). يجب الإفصاح عن كل الحقائق المادية (الحقائق التي تؤثر على عملية التقييم وقبول طلب التأمين). إن عدم الإفصاح عن أية حقائق مادية، قد ينتج عنه بطلان الوثيقة. إذا كنتم في حالة شك حول ما إذا كانت الحقائق مادية أم لا، فيرجى الإفصاح عنها.

مقدم الطلب	المعال الأول	المعال الثاني	المعال الثالث
سم	سم	سم	سم
كيلوجرام	كيلوجرام	كيلوجرام	كيلوجرام
<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"/> 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"/> 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"/> 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"/> 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"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
العين اليمنى العين اليسرى	العين اليمنى العين اليسرى	العين اليمنى العين اليسرى	العين اليمنى العين اليسرى

الطول

الوزن

هل قمتم بتدخين أي نوع من أنواع التبغ خلال العام الماضي؟

إذا أجبتم بنعم، يرجى ذكر معدل التدخين اليومي

هل تتناولون المشروبات الكحولية؟

إذا أجبتم بنعم، يرجى ذكر الكمية التي يتم تناولها في الاسبوع (وحدة قصيرة = وحدة = 250 ملي بيعة = كاس نبيذ) ان كنتم لا تتناولون الكحول، يرجى إدراج "صفر"

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)

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:

- (أ) أي مرض أو اضطراب في القلب أو لغط أو آلام في الصدر أو السكتة الدماغية أو النزف أو جلطات أو أمراض الدم أو ضغط الدم غير طبيعي أو ارتفاع الكوليسترول في الدم، الخ.
- (ب) أي مرض جلدي مثل حب الشباب أو الأكزيما أو التهاب الجلد أو الصدفية أو الحساسية، الخ.
- (ت) أي اضطراب أو مرض متعلق بالغدد الصماء كالسكري أو السمثة ومشاكل الوزن أو النقرس أو مشاكل الغدة الدرقية أو اي اضطرابات هرمونية، الخ.
- (ث) أي اضطراب بالعين أو الأذن أو الأنف أو الحنجرة مثل اعتمام عدسة العين أو المياه الزرقاء أو فقدان السمع أو مشاكل في الجيوب الأنفية أو اللوزتين أو اللحمية، الخ.
- (ج) أي اضطراب في الجهاز الهضمي بما في ذلك مشاكل المعدة والقرحة أو الفتق أو البواسير أو حصى المرارة أو الزائد الحميدة في القولون أو التهاب القولون أو مرض كرون Crohn's disease أو مشاكل الكبد، الخ.
- (ح) اي أمراض معدية أو اضطرابات مثل التهاب الكبد الفيروسي C-B-A أو الهربس /الفطريات أو نقص المناعة البشرية HIV أو الملاريا أو السحايا أو التهابات الدم أو الامراض المنقولة جنسيا، الخ.
- (خ) أي اضطرابات العضلات أو الهيكل العظمي أو مشاكل مثل اضطراب الرقبة أو الظهر أو آلام المفاصل أو الشلل أو عمليات تبديل المفاصل أو أية مشاكل الغضروف والأربطة، الخ.
- (د) أي أمراض أو اضطرابات عصبية مثل السكتة أو تصلب المتعدد أو الصرع أو أي اضطرابات عصبية أخرى مثل الصداع النصفي أو نوبات الصرع أو خلل بالأعصاب أو ألم العصب الوركي (عرق النسا) ، الخ.
- (ذ) أية أورام مثل السرطان أو سرطان الدم اللوكيميا أو أورام ليفية أو آفات جلدية أو نمو أو ورم أو كيس أو شامة أو خال (وحمة) ، الخ.
- (ر) أية مشاكل نفسية أو اضطرابات عقلية مثل القلق أو الاكتئاب أو متلازمة التعب المزمن/ الإرهاق المزمن أو أمراض نفسية أو أي أمراض عقلية أخرى، الخ.
- (ز) أي أمراض أو اضطرابات في الجهاز التنفسي مثل اضطراب الانسداد الرئوي المزمن أو الربو أو التهاب الشعب الهوائية أو التهاب الجيوب الانفية أو ضيق النفس، الخ.
- (س) أي مشاكل في المسالك البولية أو اضطرابات في الإنجاب أو متعلقة بالأمراض النسائية أو الأعضاء التناسلية مثل اضطراب في الكلى أو المسالك البولية أو مشاكل ضعف الدورة الشهرية، أو مشاكل الاخصاب والعقم أو تضخم في الخصيتين أو البروستاتة، الخ.
- (ش) أي مرض أو إصابة اخرى أو حادث أو اضطراب لم يرد ذكرها أعلاه، الخ.

2) هل سبق لأي شخص مدرج في هذا الطلب:

- (أ) يتلقى أي علاج / دواء حالياً (بما في ذلك الأدوية التي لا تحتاج لوصفة طبية) على أساس منتظم؟
- (ب) بأن تم نصحه لطلب المشورة أو العلاج الطبي أو احيل لإجراء اختبارات اخرى بسبب حادث أو إصابة أو مرض أو اضطراب آخر غير مذكور أعلاه، أو في انتظار إجراء تحليل / فحوصات أو اختبارات أو تلقي علاج؟
- (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 المجهلي أو التصوير الطبي (CT) أو تصوير الثدي أو التصوير بالرنين المغناطيسي أو فحص مسحة عنق الرحم أو اختبار جين البروستاتة (PSA) ، الخ.
- يرجى عدم التصريح عن فحوصات تتعلق بالجينات (DNA / RNA) حيث انها غير مطلوبة للتقييم الطبي.
- (ث) بأن عانى خلال العامين الماضيين من أية أعراض أو شكاوى طبية مثل (على سبيل المثال لا الحصر):
- الحرارة أو السعال المستمر (خلال الاسبوعين المنصرمين)
 - ضيق في التنفس
 - صداع شديد أو مستمر
 - تغييرات أو ألم أو نزف في الجلد أو الشامات أو العلامات الجلدية
 - وخز أو 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، الخ.
- (ج) هل تم نصحكم أو قررتم القيام بالعزلة الذاتية؟

7. إقرارات

- يرجى قراءة الإقرارات التالية بعناية والتوقيع أدناه فقط في حالة استيعابها والموافقة عليها
- أ. أقر أن جميع المعلومات المقدمة أعلاه صحيحة وكاملة، بما في ذلك تلك الإجابات التي ليست بخط يدي وأقر بأنني لم أخف أو أحرّف أو أدلي بشكل غير صحيح لأي حقائق مادية. كما اتفهم 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 لاغي وباطل.
- ب. أتعهد بإبلاغ شركة التأمين فوراً وكتابياً عند حدوث أي تغييرات في الحالة الصحية للمعالين ما بين فترة استكمال طلب التأمين وتاريخ بدء سريان الوثيقة.
- ت. أوافق على النزاع 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.
- ث. مع مراعاة لأية قيود قانونية سارية، فقد تطلب شركة التأمين (أو الطاقم الطبي العامل فيها أو ممثلين عنها أو لخبير خارجي في حالة وقوع أية خلافات) معلومات طبية متعلقة بي من الطواقم الطبية. في هذه الحالة، أفوض جميع الممارسين والأطباء والأسنان 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 عام ولأولئك الذين لا يمكنهم تقييم معنى هذا الإقرار.
- ج. 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 علي تاريخ هذا الطلب والتي يجب الإفصاح عنها للشركة.
 - استلمت وقرأت وفهمت وثيقة معلومات التأمين وقبلت الشروط والاحكام بحسب ما تم سردها في الوثيقة وفي دليل المزايا.
 - قمت باختيار البرنامج الانسب لي ولحاجاتي التأمينية استناداً على المعلومات الموفرة في الوثيقة وبناء على ما اخترت من خطط.
- ح. وإني علي علم:
- إن استمارة طلب التأمين هذه سارية لمدة شهرين من تاريخ استيفاءها وتوقيعها من قبل مقدم طلب التأمين.
 - أنه يمكنني إلغاء التأمين بشرط تقديم طلب خطي بذلك قبل 30 يوم من تاريخ الانتهاء، وطالما لم يتم إجراء أية مطالبات بموجب هذه الوثيقة. وفي هذه الحالة يحق لي استرداد نسبة من القسط المدفوع تحتسب ابتداءً من تاريخ إلغاء التأمين.
- خ. وإني أوافق على:
- مسؤوليتي من 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 يوم من تاريخ إصدار شهادة التأمين وفي حالة عدم إخطار الشركة خلال المدة المحددة أعلاه يعتبر ذلك موافقة ضمنية مني علي ما ورد بشهادته التأمين.
 - كون هذه الوثيقة تخضع للشروط العامة للوثيقة الموحدة الواردة في دليل المزايا ابتداءً من تاريخ السريان أو تاريخ التجديد.
 - احتمال كون التغطية التأمينية غير مناسبة في حال أقيمت أو من أعيل في أي بلد يفرض فيه قيود التأمين الصحي المحلي الإلزامية.
- د. أقر بمسؤوليتي من التحقق لخصوعي لأية متطلبات خاصة بالتأمين الصحي المحلي الإجباري للتأكد من كون التغطية التأمينية الخاصة بي مناسبة في بلد إقامتي من الناحية القانونية، كما أقر بأن التغطية الصحية الخاصة بي تمثل لأية تغطية تأمينية مطلوبة قانوناً.

تم توقيع وتدوين الإقرارات الموضحة اعلاه وطلب التأمين هذا عن نفسي وبصفتي نابا عن جميع الأشخاص المدرجين في هذا الطلب

اسم مقدم الطلب/المتعاقد

التوقيع

التاريخ (يوم/شهر/سنة)

8. تعيين المتعاقد

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

اسم المتعاقد

أفوض

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 شركة التأمين لإلغائه.



توقيع المعال الثالث

التاريخ (يوم/شهر/سنة)



توقيع المعال الثاني

التاريخ (يوم/شهر/سنة)



توقيع المعال الأول

التاريخ (يوم/شهر/سنة)

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 المعال الأول

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 كيف تقوم Allianz Care، بصفتها معيد التأمين والشركة القائمة على إدارة خدمات تأمينكم، بتوفير الحماية لخصوصيتكم. وهو إشعار هام يوضح كيفية حمايتنا للبيانات الشخصية الخاصة لكم، ويجب ان تتم قراءته قبل تقديم أية بيانات شخصية إلينا. 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 (لدى الاتصال من داخل مصر) أو +353 1 630 1301 (لدى الاتصال من خارج مصر) لطلب نسخة مطبوعة من إشعار حماية البيانات. في حال وجود استفسارات لديكم تتعلق بالبيانات الشخصية واستخداماتها، يمكننا 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 وصرحة، فلن نتمكن من توفير الوثيقة لكم أو تناول أي مطالبات مستحقة لكم. إذا وافقتم، فستتم معالجة بياناتكم للأغراض والأنشطة المدرجة أدناه.

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

أوافق أنا مقدم الطلب، وكذلك المعالين المدرجين ادناه، على ما يلي:

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

1. إذن تجميع البيانات الصحية وحفظها واستخدامها: يجوز لشركة التأمين الصحي تجميع البيانات الصحية وحفظها واستخدامها من أجل إدارة وثيقة التأمين، على سبيل المثال لتقديم عروض للتغطية التأمينية، مع تحديد المخاطر التي سيتم تأمينها أو معالجة أي مطالبات. يجوز لشركة التأمين الصحي حفظ بياناتي الصحية وفقاً لمُدونة القوانين الخاصة بالعملاء والتي يتم تطبيقها على وثيقة التأمين مع شركة التأمين الصحي أو أي قانون آخر معمول به يتطلب الاحتفاظ بتلك المعلومات.
 2. 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، و تحديد 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 يتطلب مشاركتها واستخدامها للأغراض المنصوص عليها أعلاه.
 3. 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. أنتفهم 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 يتطلب 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 نيابة 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 بدون 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 المعال الأول

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 المعالين المدرجين ادناه، على قيام شركة التأمين الصحي بتجميع البيانات الصحية واستخدامها من أجل توفير معلومات ترويجية وتسويقية لي، وانني على دراية بأن الشركة ستقوم باستخدام هذه المعلومات للأسباب والفعاليات المذكورة أدناه فقط، وأني موافق على قيام الشركة بذلك عن طريق اختيار المربع أدناه.

اسم مقدم 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 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"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

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 اعلامكم برقم البوليصه الخاصة بكم.

يتم سداد الأقساط بالكامل بالدولار الأمريكي عن طريق الحوالة البنكية.

تخضع المدفوعات لرسم إدارية إضافية كالتالي: 0% 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 وارساله كالتالي:

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

بالفاكس إلى رقم: +202 2322 3005

بالبريد على العنوان التالي: شركة أليانز للتأمين - مصر

قطعة 14B01 ، مبنى A1،

مدينة كايرو فستيفال سيتي - التجمع الخامس، القاهرة الجديدة، مصر

إذا كانت لديكم أية استفسارات تتعلق باستمرار طلب التأمين أو آلية تقديم الطلب، يرجى الاتصال بخط المساعدة

لدينا على الرقم: +202 2322 3390

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

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 ٣٠١ / ١٥

أليانز للتأمين - مصر (ش.م.م) مسجلة تحت رقم ٣٠١ / ١٣

العنوان: مبنى (A1) - كايرو فيستيفال سيتي - التجمع الخامس - القاهرة الجديدة

تليفون: +202 2322 3000

فاكس: +202 2322 3001