

## AROPE EXPAND Questionnaire إستمارة طلب التأمين

### MEMBER INFORMATION

Applicant Name (First, Middle, Last) \_\_\_\_\_  
 National ID/Passport No.: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 Residence Address: \_\_\_\_\_  
 City: \_\_\_\_\_ Province: \_\_\_\_\_ Postal Code: \_\_\_\_\_  
 e-mail ID: \_\_\_\_\_  
 Telephone: Home \_\_\_\_\_ Work \_\_\_\_\_ Mobile \_\_\_\_\_  
 Gender:  Male  Female  
 Relationship with policyholder:  
 Policyholder  Spouse  
 Dependent  Other \_\_\_\_\_

### معلومات عن المنتسب/المضمون

إسم طالب التأمين (الإسم، إسم الأب، الشهرة) \_\_\_\_\_  
 رقم الهوية/جواز السفر: \_\_\_\_\_ تاريخ الولادة: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 عنوان الإقامة: \_\_\_\_\_  
 المدينة: \_\_\_\_\_ المحافظة: \_\_\_\_\_ رقم صندوق البريد: \_\_\_\_\_  
 البريد الإلكتروني: \_\_\_\_\_  
 الهاتف: المنزل \_\_\_\_\_ العمل \_\_\_\_\_ الخليوي \_\_\_\_\_  
 الجنس:  ذكر  أنثى  
 العلاقة مع المتعاقد/صاحب البوليصة:  
 المتعاقد نفسه  الزوجة/الزوج  
 شخص تابع  غيره \_\_\_\_\_

### HEALTH QUESTIONNAIRE (INSURED STATEMENT)

|    |  | YES                      | NO                       |
|----|--|--------------------------|--------------------------|
| 1- | Have you ever suffered, or do you currently suffer from, hereditary, congenital (e.g. congenital heart defects) or autoimmune diseases (e.g. systemic lupus erythematosus, autoimmune hepatitis)?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2- | Have you ever sought medical advice or been recommended treatment or had a positive test for<br>a. Cardiovascular Disease (including myocardial infarction, heart failure, angina pectoris and cardiovascular surgery)<br>b. Arterial Hypertension<br>c. Any type of cancer or malignant growth including leukemia and Hodgkin's disease or any pre-cancerous condition<br>d. Any type of tumor or cyst within the brain or skull<br>e. Any type of lump or cyst within the last 24 months<br>f. Stroke (including any type of damage to the brain arteries of the brain or brain surgery)<br>g. Diabetes<br>h. Epilepsy<br>i. Neurological disease or disability<br>j. A positive test for HIV/AIDS or Hepatitis B, C, D or E<br>k. Disorder, disease or infection of the kidneys, liver, lungs | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3- | Are you a candidate for, or a recipient of, an organ, bone marrow or stem cell transplant or are you currently on a donor waiting list and/or registered to donate an organ or bone marrow?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### إستمارة صحية (تصريح المضمون)

|    | نعم                      | كلا                      |
|----|--------------------------|--------------------------|
| 1- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## GENERAL QUESTIONNAIRE (FOR STATISTICAL PURPOSE ONLY)

|    |   | YES                      | NO                       |
|----|---|--------------------------|--------------------------|
| 1- | Do you have any health insurance which also covers the above diseases?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2- | Have any of your immediate family members (parents and siblings) has any heart or kidney disease or condition (e.g. polycystic kidney disease or condition), stroke, diabetes, hypertension, blood disorder, cancer or any known hereditary disease, condition or disorder? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3- | Have you smoked cigarettes, cigars, etc. within past 24 months?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4- | If YES, please indicate the number of cigarettes/cigars<br><input type="checkbox"/> Less than 20 per day <input type="checkbox"/> More than 20 per day  |                          |                          |
| 5- | Height: _____ cm      Weight: _____ kg  |                          |                          |

I declare that the answers I have given are, to the best of my knowledge, true and that I have not withheld any material information that may influence the assessment or acceptance of this application. I agree that this form will constitute part of my application for insurance and that failure to disclose any material facts known to me may invalidate the contract.

By signing this form, I authorize my physician, health institutions 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.

Signature of Applicant \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

## إستمارة عامة (لأغراض إحصائية فحسب)

|    | نعم                      | كلا                      |  |
|----|--------------------------|--------------------------|--|
| 1- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | هل لديك أي تأمين صحي يغطي أيضاً الأمراض السابق ذكرها؟  |
| 2- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | هل يعاني أي من أفراد عائلتك المباشرين (والدين والأشقاء) من أي مرض أو حالة في القلب أو الكلى (مثلاً مرض أو حالة تكيس الكلى المتعدد)، السكتة الدماغية، مرض السكري، ارتفاع ضغط الدم، أمراض الدم، السرطان أو أي مرض أو حالة أو اضطراب وراثي معروف؟ |
| 3- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | هل دخنيت السجائر، السيجار، إلخ في غضون الـ 24 شهراً الماضية؟   |
| 4- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | إذا أجبت بنعم، حدّد رجا عدد السجائر/السيجار<br><input type="checkbox"/> أقل من 20 في اليوم <input type="checkbox"/> أكثر من عشرين في اليوم   |
| 5- | _____ سم                 | _____ كلغ                | الطول: _____ سم      الوزن: _____ كلغ  |

أصرح أن الإجابات التي أعطيتهما هي، على حد علمي، صحيحة وأنتي لم أحجب أي معلومات جوهرية قد تؤثر على تقييم هذا الطلب أو قبوله. وأوافق على أن يشكل هذا الطلب جزءاً من طلب التأمين المتعلق بي وأن عدم الكشف عن أي حقائق جوهرية أعرفها قد يلغي البوليصة/العقد.

بتوقيعي على هذا الطلب، أخول طبيبي، المؤسسات الصحية أو أي هيئة أخرى أو أي شخص آخر بملك أي معلومات عن صحتي و/أو أنشطتي، بتزويد شركة التأمين بالمعلومات المذكورة. ويشمل ذلك سجلات المستشفى وأي سجلات أخرى متعلقة بالمشورة الطبية، أو التشخيص، أو العلاج، أو الإضرابات. تعتبر أي صورة عن هذا التصريح بمثابة الأصل.

توقيع طالب التأمين \_\_\_\_\_

التاريخ \_\_\_\_\_