

Name/الاسم :
 QID NO/ رقم البطاقة الشخصية :

Date of Birth/ تاريخ الميلاد :
 Expiry Date of QID/ تاريخ انتهاء البطاقة الشخصية :

Questions:

1 Have you or any person(s) you wish to insure ever suffered from any of the following. Please answer 'Yes' or 'No' to all questions below:

أولاً هل عانيت شخصياً أو عانى أي شخص آخر مدرج اسمه في هذا الطلب من أي من الأمراض أو الحالات التالية المذكورة في الجدول أدناه؟ (الرجاء الإجابة ب "نعم" أو "لا" على جميع الأسئلة اللاحقة)

	Yes نعم	No لا	
1 Heart, blood vessel, Hypertension and circulatory diseases			1 أمراض القلب والإوعية الدموية، ارتفاع ضغط الدم، أو أمراض الدورة الدموية
2 Respiratory system diseases			2 أمراض الجهاز التنفسي
3 Kidney and calculus disease, Genitourinary system diseases			3 أمراض الكلى والحصى البولية، أمراض الجهاز البولي والتناسلي
4 Digestive system disorders			4 اضطرابات مرضية في الجهاز الهضمي
5 Neurological, mental and psychological disease			5 الأمراض العصبية والعقلية والنفسية
6 Endocrine and metabolic disorders like diabetes			6 اضطرابات الغدد الصماء والتمثيل الغذائي مثل مرض السكري
7 Rheumatoid and immunology			7 الروماتيزم وأمراض المناعة الذاتية
8 Bone and muscle diseases, Back pain			8 أمراض العظام والمضلات، آلام الظهر أو المفاصل
9 Cancer, and blood diseases, Lymphatic system diseases			9 السرطان، أمراض الدم، وأمراض الجهاز اللمفاوي
10 Eye and ear diseases			10 أمراض العين والأذن
11 AIDS			11 الإيدز
12 Congenital and hereditary diseases			12 الأمراض الخلقية والأمراض الوراثية
13 Previous operation and medical procedures			13 العمليات والإجراءات الطبية السابقة
14 Any sickness, medical complication, any condition not listed above			14 أي أمراض أو مضاعفات طبية ليست مذكورة أعلاه

2 If the answer of any of the above questions was 'YES', please give full details below. Use additional papers if needed. (please attach any realted medical reports)

ثانياً إذا كانت الإجابة "نعم" على أي من الأسئلة السابقة، الرجاء ذكر التفاصيل أدناه (يمكن استعمال أوراق إضافية إذا دعت الحاجة). الرجاء إرفاق نسخة من التقارير الطبية المتعلقة بالحالة)

Number رقم الحالة	Insured Name اسم المؤمن عليه	Details of disease الحالة المرضية	Date of diagnosis / treatment تاريخ تشخيص الأعراض والعلاج	Attending Physician / Hospital الطبيب المعالج واسم المشفى

3 Are you, or any other person included in this form, presently under medical surveillance or undergoing a medical treatment, Or have sought medical advice or received treatment other than for minor illness in the past two years?

ثالثاً هل تخضع شخصياً أو يخضع أي شخص آخر مدرج اسمه في هذا الطلب للمراقبة الطبية أو العلاج في الوقت الحالي؟ أو تلقى سابقاً العلاج الطبي لأي حالة مرضية غير عرضية خلال العامين الماضيين؟

Yes نعم

No لا

I hereby declare that information contained in this form are correct and complete, and I release any doctor and/or any hospital, clinic, insurance company and or any other organization which has records or information about me from any professional confidentiality requirements and I authorize subject persons and/or organizations to provide QGIRCO with all information and copies of files related to my health, my medical history, and/or confinement to a hospital and/or medical advice, diagnosis, treatment, disease or medical problem. Any copy of this waiver and authorization is considered valid as the original and I agree that this waiver and authorization shall remain in force while insured and for the insurance policy.

أصرح بأن المعلومات المذكورة في هذا الطلب هي كاملة وصحيحة، وبالتالي فإن أختلي أي طبيب و / أو أي مستشفى أو عيادة أو شركة تأمين، أو أي مؤسسة أخرى تملك معلومات أو سجلات عني من متطلبات السرية، وبهذا أعطى الإذن للأشخاص والمؤسسات المذكورة بالإفصاح لشركة القطرية العامة للتأمين وإعادة التأمين عن هذه المعلومات المتعلقة بحياتي الصحية وسجلي الصحي بما فيه أي معلومات تتعلق بدخولي المستشفيات، وزيارة الأطباء والفحوص التشخيصية وتلقي العلاج لأي حالة طبية أو مرضية. وهذا يشمل توفير نسخ من هذه السجلات إذا لزم الأمر. وتعتبر أي نسخة من هذا التصريح صحيحة ومقبولة كالأصل، ووافق على أن يبقى هذا التصريح مقبولاً وفعالاً خلال مدة سريان بوليصة التأمين.

Declaration Statement

Date التاريخ

Signature التوقيع