

Group Medical Enrollment Form

Al Khazna Insurance Company P.S.C.



A. Policy Holder Name & Address

Policy Number

Company Name

Company Address

Contact Number

Al Khazna Use Only

Approved:

Declined:

Pending :

B. Employee Name (Same as Passport)

Last Name

First Name

Marital Status

 Single Married Widow Divorced

Designation

Mobile Number (required)

Plan Type

Employment Date

DD/ MM/ YY/

C. Personal Details (Please fill in English block letters)

Name of Members	Gender (M/F)	Date of Birth	Height Cm	Weight Kg	Nationality / UAE Residence Visa Expiry Date	Smoker (Y/N) (Quantity per day)
Primary 01		DD/ MM/ YY/				
Spouse 02		DD/ MM/ YY/				
Child 03		DD/ MM/ YY/				
Child 04		DD/ MM/ YY/				
Child 05		DD/ MM/ YY/				

* All members of the same family must enroll if dependent coverage is required.

D. HEALTH DETAILS

Y N

نموذج إضافه في التأمين الطبي

- Have you or any of your family members had any change in weight in the last 12 months? If yes, please give reason (if known) and the amount of weight increased / lost. 1. هل يوجد أي تغيير في وزنك أو في وزن أحد أفراد أسرتك في آخر 12 شهر؟ (إذا كانت الإجابة نعم، الرجاء إعطاء إفاده بالسبب مع ذكر مقدار الزيادة أو النقصان في الوزن).
- Have you or any of your family members suffered or sustained any illness, which has resulted to hospitalization or loss of work for more than one week? 2. هل عانيت أنت أو أحد أفراد أسرتك من مرض استدعى دخول المستشفى أو البقاء بدون عمل لأكثر من اسبوع؟
- Have you or any of your family members ever been treated for or diagnosed with any of the following: AIDS, hepatitis, allergies of any kind, infectious diseases, heart disease, high blood pressure, diabetes, lung disease, liver disease, renal stone, disorder of genital-urinary system, cancer, ulcer, back problems, nervous system or brain disorder or any other serious medical disorders? 3. هل سبق لك أو لأحد أفراد عائلتك ان أصيب أو خضع لعلاج بسبب أحد الأمراض التالية : مرض نقص المناعة المكتسب (الأيدز) ، الكبد الوبائي بأنواعه ، الحساسية بأنواعها ، الأمراض المعدية ، أمراض القلب ، الضغط العالي ، مرض السكري ، مرض ذات الرئة ، أمراض الكبد بأنواعها ، حصوى المسالك البولية ، الإضطراب في الجهاز البولي التناسلي ، أمراض السرطان بأنواعه ، القرحة المعدية وغيرها ، الأم الظهر بأنواعه ، إضطرابات المخ والأعصاب ، أو أي إضطرابات مرضيه أخرى .
- Have you or any of your family members ever been declined for Health or Life coverage? 4. هل رفضت إحدى شركات التأمين عمل تأمين طبي أو تأمين على الحياة لك أو لأحد أفراد أسرتك؟
- Have you or any of your family members ever had or been advised or expecting to have any surgical operation? 5. هل سبق أن خضعت أو طلب منك أنت أو أحد أفراد عائلتك عملية جراحية أو تتوقع عمل جراحي لاحقاً؟
- Are you or any of your family members on a regular medication? If yes, please state the name of your medications. 6. هل أنت أو أي من أفراد أسرتك تخضع لعلاج مستمر ومنظم لأمراض مزمنه؟ (إذا كان الجواب نعم ، الرجاء ذكر أسم المرض و اسم الأدوية المستخدمة) .
- Are you and your family member now in good health, free from disease or injury or disability and actively at work / not confined to the home? 7. هل أنت وجميع أفراد عائلتك في حالة صحية جيدة ولا تعاون من أي أمراض أو إصابات وتقومون بأعمالكم بشكل طبيعي؟
- For Females only:** Are you pregnant? If yes, please give the expected delivery date: 8. **لل سيدات فقط :** هل أنت حامل؟ إذا كانت الإجابة نعم ، الرجاء تحديد الوقت المتوقع للولاده : ____/____/____
- Do you or your dependents have any active medical insurance cover? If yes, kindly provide us with a copy of the valid medical card. 9. هل أنت أو أحد أفراد عائلتك لديه بطاقة تأمين صحي لدى أي شركة تأمين أخرى؟ (إذا كانت الإجابة نعم ، الرجاء تزويدنا بنسخه عن هذه البطاقة) .
- If any of the answers to the questions in Part D is "yes", **please give full particulars below**, noting the Question number & the Primary/Dependent Name: 10. إذا كانت الإجابة على أي من الأسئلة السابقة نعم ، الرجاء إعطاء تفاصيل أكثر في الجزء التالي مع ذكر رقم السؤال واسم فرد العائلة المشار اليه بنعم : _____

E. DECLARATION

I, the undersigned, do hereby declare that, to the best of my knowledge, all the answers are full, complete and true.

I further, on my behalf and on behalf of my legal dependents listed above, give full and irrevocable authorization to my hospital, physician or other person who attended us or any member of my family to give (Al Khazna Insurance Company), or its representative all information pertaining to our stat of health; and I hereby waive our right of medical confidentiality to the benefit of Al Khazna Insurance Company and its representative.

Print name of applicant

Signature of applicant

Date

Authorized signature and Company Stamp