

#### معلومات مهمة

يرجى تعبئة الأسئلة الواردة في هذا النموذج بحروف كبيرة وواضحة ووضع علامة (V) في الربعات المناسبة. من المهم تقديم المعلومات التالية بدقة حتى تتمكن من معالجة طلبك وفقاً لذلك. يجب أن يتم استكمال هذا الطلب بخط يد حامل الوثيقة أو العضو المؤمن عليه (أكبر من ١٨ عاماً). وفي حال الحاجة إلى إجراء أي تعديل، يرجى توضيح التغيير وإضافة التاريخ بجواره. للاطلاع على التفاصيل الكاملة لأحكام وشروط الوثيقة، يرجى الرجوع إلى جدول المنافع ودليل العضوية المتاحين لدى ممثل شركة جي آي جي بناءً على طلبك. نتطلع إلى الترحيب بكم كعضو في جي آي جي الخليج.

\*إذا كانت لديكم أي استفسارات عند تعبئة هذا النموذج، يرجى التواصل مع ممثل فريق المبيعات لدى جي آي جي.

#### معلومات مهمة بشأن إقرار عضويتك

- من الضروري تقديم معلومات كاملة ودقيقة قبل توقيع نموذج طلب التأمين الطبي الخاص بك (الشار إليه بـ «نموذج الطلب الطبي» أو «الطلب»).
- يجب أن تتسلم جي آي جي نموذج الطلب الطبي للكملة خلال مدة لا تتجاوز ٣٠ (ثلاثين) يوماً تقويمياً من تاريخ الطلب. وسيؤدي عدم التقديم خلال هذه المدة أو تقديم معلومات غير مكتملة إلى رفض الطلب، ولن تتمكن جي آي جي من تسجيل بياناتكم أو إدراجكم ضمن خطة التأمين الصحي.
- يُنصح بالاحتفاظ بسجل شخصي لجميع المعلومات التي تم الإفصاح عنها فيما يتعلق بهذا الطلب، بما في ذلك -على سبيل المثال لا الحصر- للرسائل ذات الصلة.
- سيتم التعامل مع جميع المعلومات بسرية تامة. وستُستخدم البيانات الشخصية التي يتم جمعها منكم من قبل جي آي جي حصراً لأغراض إدارة الوثيقة ومعالجة المطالبات ومنع الاحتيال. ولن يتم مشاركة المعلومات إلا مع الجهات المشاركة مباشرةً في علاجكم أو رعايتكم، أو مع الجهات المسؤولة عن تغطية تكاليف العلاج عند الاقتضاء.
- سيتم إرسال مستندات العضوية وجميع الرسائل المتعلقة بمعالجة المطالبات إلى العضو الرئيسي فقط.
- لأغراض ضمان الجودة وتحسين الخدمة، قد يتم تسجيل ومراقبة المكالمات الهاتفية مع جي آي جي.

#### بيانات العضو (يرجى إبلاغنا بأي تغيير يطرأ على عنوانكم)

|                                                                                                                                                                      |                                                                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| الاسم الأول:                                                                                                                                                         | الاسم الأوسط:                                                     |
| اسم العائلة:                                                                                                                                                         | الجنس: <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى |
| تاريخ الميلاد: يوم / شهر / سنة                                                                                                                                       | صندوق البريد: الرمز البريدي:                                      |
| الحالة الاجتماعية: <input type="checkbox"/> أعزب/عزباء <input type="checkbox"/> متزوج/متزوجة <input type="checkbox"/> مطلق/مطلقة <input type="checkbox"/> أرمل/أرملة | اللمنة:                                                           |
| البريد الإلكتروني:                                                                                                                                                   | رقم الهاتف: رمز الدولة: رمز المنطقة: الرقم:                       |
| العنوان والمدينة:                                                                                                                                                    | رقم الهاتف المتنقل: رمز الدولة: رمز المنطقة: الرقم:               |
| القرية:                                                                                                                                                              | الولاية:                                                          |
| المحافظة:                                                                                                                                                            |                                                                   |
| رقم جواز السفر:                                                                                                                                                      | الجنسية:                                                          |
| رقم البطاقة الشخصية:                                                                                                                                                 | رقم تأشيرة الإقامة:                                               |

#### التأمين الطبي الحالي أو السابق

هل لديكم حالياً تأمين صحي في دول مجلس التعاون الخليجي، أو سبق أن حصلتم على عرض تأمين من جي آي جي؟ ☐ نعم ☐ لا

|                                                    |                            |
|----------------------------------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> جي آي جي                  | الوثيقة:                   |
| <input type="checkbox"/> وثيقة لدى شركة تأمين أخرى | الوثيقة: اسم شركة التأمين: |



١. أنا، بصفتي مقدم الطلب الرئيسي/الكفيل، أطلب الانضمام إلى برنامج التأمين الصحي التابع لـ جي آي لنفسي أو للعضو/الوظف المقترح، وأؤكد أن جميع المعلومات الواردة في هذا الطلب كاملة وصحيحة ودقيقة حسب أفضل علمي ومعرفتي. كما أقر بأنني استلمت واطلعت على شروط وأحكام الوثيقة، بما في ذلك جدول النافع وقائمة الاستثناءات والشروط والأحكام الكاملة لخطة التأمين الصحي المختارة، وأوافق على أن تكون التغطية خاضعة لقواعد وسياسات جي آي الداخلية.
٢. أفهم وأوافق على أنه إذا تم اكتشاف أي تحريف أو تقديم معلومات غير صحيحة يؤدي إلى رفض التغطية، فسأتحمل المسؤولية الكاملة عن ذلك. كما أوافق على تعويض وإبراء ذمة جي آي من أي مسؤولية تتعلق برفض التغطية أو الغرامات أو الجزاءات الناتجة عن هذا التحريف، ويشمل ذلك أي شكوى تنشأ بعد انتهاء الوثيقة.
٣. أقر بأن أي تغييرات على منافع خطة التأمين الصحي الخاصة بي - سواء كانت ترقية أو تخفيضاً للمستوى - لا يمكن إجراؤها إلا عند التجديد، وذلك رهناً بموافقة/قبول شركة جي آي جي ، واستكمال نموذج طلب جديد، وتقديم أي مستندات و/أو معلومات إضافية مطلوبة.
٤. أفوض رسمياً شركة مجموعة الخليج للتأمين (الخليج) ش.م.ب (مقفلة) بجمع واستخدام وتخزين ونقل و/أو الإفصاح عن أي معلومات ذات صلة، بما في ذلك المعلومات الصحية الحساسة والبيانات الشخصية، سواء إلى أو من أطراف ثالثة أو شركاء سواء داخل أو خارج دول مجلس التعاون الخليجي، وذلك لأغراض التسعير والخدمة وإدارة وثيقة التأمين. كما أقر بأن هذه الأطراف الثالثة أو الشركاء مخولون أيضاً بمشاركة المعلومات ذات الصلة مع جي آي جي حسبما تقتضيه إدارة الوثيقة والامتثال للمتطلبات التنظيمية. وتعتبر نسخة هذا التفويض وأي مراسلات لاحقة مرتبطة بهذا العقد صحيحة وناذرة كأصلها.
٥. أقر وأوافق على الشروط الواردة في بيان استخدام البيانات الخاص بشركة جي آي جي والمتاح على: <https://www.giggulf.om/privacy>
٦. أفهم أن جي آي جي اتخذت تدابير لحماية بياناتي الشخصية، وأن لي الحق في الوصول إلى البيانات الخاصة بي أو طلب تصحيح أي معلومات غير دقيقة تحتفظ بها الشركة.

## واجب الإفصاح



١. قد يؤدي عدم الإفصاح عن معلومات دقيقة إلى فرض جزاءات، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر إلغاء الوثيقة أو رفض التغطية و/أو فقدان الحق في أي استرداد للأقساط.
  ٢. أؤكد، بصفتي مقدم الطلب الرئيسي/الكفيل، نيابة عن نفسي أو عن العضو/الوظف المقترح، أن المعلومات المقدمة في هذا الطلب كاملة ودقيقة وصحيحة حسب أفضل علمي ومعرفتي.
  - أفهم وأقر بما يلي:
  - لدي التزام قانوني بالإفصاح عن جميع الحقائق الجوهرية التي قد تؤثر على قدرة جي آي جي على تقييم وإدارة هذه الوثيقة بطريقة صحيحة.
  - تقع على عاتقي وحدي مسؤولية تقديم جميع المعلومات المطلوبة بصورة صحيحة وكاملة وغير مضللة.
  - لا تُقبل الإفصاحات الشفوية، ويجب تقديم جميع الإفصاحات و/أو المعلومات المطلوبة كتابةً في هذا النموذج.
  - لن تدفع جي آي جي أي تعويض بموجب وثيقة التأمين المقترحة عن المصروفات الطبية الناشئة قبل أو أثناء فترة معالجة هذا الطلب.
  - يجب الإفصاح عن أي معلومات جوهرية قد تؤثر على قرار جي آي جي بالموافقة على التغطية أو رفضها قبل إبرام العقد، إذ قد يؤدي عدم الإفصاح عن مثل هذه المعلومات إلى بطلان وثيقة التأمين.
  - إذا كنت غير متأكد مما إذا كانت معلومة معينة تعد جوهرية، فينبغي استشارة جي آي جي قبل تقديم الطلب، إذ لا تتحمل جي آي جي مسؤولية افتراض علمها بالوقائع غير اللصق عنها.
  - تحتفظ جي آي جي بحق تعليق أو إلغاء الوثيقة في حالة عدم الإفصاح أو تقديم معلومات جوهرية غير صحيحة، مما قد يؤثر على إدارة الوثيقة. وفي حال الإلغاء، يخضع أي استرداد للأقساط لتقييم جي آي جي للمطالبات وأسباب الإلغاء/الحذف، ويتم صرف المبالغ المستحقة - إن وجدت - على أساس نسبي بعد ٩٠ يوماً من تاريخ إلغاء الوثيقة.
  - إن واجب الإفصاح عن الحقائق الجوهرية لا يقتصر على بدء الوثيقة فحسب، بل يمتد إلى أي تغييرات تطرأ خلال فترة التغطية/ سريان الوثيقة.
  - إذا طرأ أي تغيير في الظروف قد يؤثر على التغطية التأمينية، فسأبلغ جي آي جي بذلك فوراً لضمان استمرار صلاحية الوثيقة وتوافقها مع احتياجاتي التأمينية بدقة.
- ويتوقعي على هذا الطلب، أؤكد أنني اطلعت على جميع الشروط والأحكام الواردة فيه وفهمتها فهماً كاملاً، كما أقر وأوافق على الالتزام بالشروط والأحكام للنصوص عليها في هذا الطلب، بما في ذلك -على سبيل المثال لا الحصر- التفاصيل المتعلقة ببيانات العضو، وإقرار العضوية، وواجب الإفصاح. وعلاوة على ذلك، كما أتعهد بالامتثال الكامل لمتطلبات وإرشادات الإفصاح الخاصة بشركة جي آي جي للبيئة في هذا الطلب.

التاريخ:

يوم / شهر / سنة

التوقيع:

مجموعة الخليج للتأمين (الخليج) ش.م.ب. (م)

ص.ب. ١٢٧٦ ، الرمز البريدي ١١٢ ، روي، سلطنة عُمان

هاتف: +٩٦٨٢٤٤٠١٠٠ ، فاكس: +٩٦٨٢٤٤٠١٣٠

البريد الإلكتروني: info@gig-gulf.com ، الموقع الإلكتروني: www.giggulf.om

فرع أجنبي لشركة مجموعة الخليج للتأمين (الخليج) ش.م.ب. (م)، شركة تأسست في مملكة البحرين و مسجلة لدى وزارة التجارة والصناعة وترويج الإستثمار بسلطنة عُمان بموجب سجل تجاري رقم ١١١٢٤٤٤ وسجل تأمين رقم ٦ صادر من هيئة الخدمات المالية.