INDIVIDUAL MEDICAL INSURANCE
التأمين الصحي للأفراد
(NEMED-IMED -DMED)

Application Form
نموذج الطلب

ESTABLISHMENT/SPONSOR DETAILS: معلومات المؤسسة / الكفيل

Name الإسم	ITG RESOURCES FZCO	Emirates الإمارة	DUBAI
Email البريد الإلكتروني	wuqianqian@itg.com.cn	Mobile المحمول	+971 56 285 0428

PERSONAL INFORMATION: معلومات المؤمن له

Name الإسم	Relation صلة القرابة	D. O. B تاريخ الميلاد	Sex الجنس	Marital Status الحالة الإجتماعية	Height الطول	Weight الوزن	Emirates الإمارة
XUEQI ZHANG	employee	01/11/2000	Female.	Single.	160cm	48kg	Dubai

Email البريد الإلكتروني	ZXQ123e@163.com	Mobile المحمول	+86 13607551459

Please answer all questions mentioned below as either Yes or No

الرجاء الإجابة على كل الأسئلة المنصوص عليها أدناه بنعم أو لا

Any non-disclosure, misrepresentation, or concealment of material fact will make this policy void with immediate effect .

أي حالة من حالات عدم التصريح أو التحريف أو إخفاء للحقيقة سوف تجعل تلك الوثيقة باطلة بأثر فوري

Date: 2026.3.9
التاريخ

Applicant's Signature: Xueqi Zhang
توقيع العميل

MEDICAL HISTORY / التاريخ الطبي للمؤمن له

Height(cm)/Weight (kg): 160cm/48kg الطول (سم) الوزن (كج)		if yes , provide comment إذا كانت الإجابة (نعم) الرجاء كتابة الملاحظات
Q1: Do you have any chronic illness? • A chronic condition is defined as a disease, illness, or injury that has one or more of the following characteristics: • It needs ongoing or long-term monitoring through consultations, examinations, check-ups, and /or tests. • It needs ongoing or long-term control or relief of symptoms. • It may require rehabilitation or the patient to be trained to cope with it. • It continues indefinitely. Symptoms / medical condition may recur or likely to recur. **س1: هل لديك أي مرض مزمن؟** **تعرف الحالة المزمنة بأنها مرض أو إصابة تحتوي على واحدة أو أكثر من الأعراض التالية:** **تحتاج إلى متابعة مستمرة أو لفترات طويلة من خلال الإستشارات ، الفحوصات ، المتابعات الطبية / أو الإختبارات.** **تحتاج إلى متابعة مستمرة أوالسيطرة لفترات طويلة أو تخفيف للأعراض** **قد تحتاج إلى إعادة تأهيل أو تدريب المريض للتأقلم عليها** **الاعراض تستمر لأجل غير مسمى او الحالة الطبية تتكرر أو من المرجح أن تتكرر.**	□ Yes ☑ No لا نعم	
Q2: Were you under any medical observation/undergoing any medical/ surgical/ treatment or have been advised for the same, now or in the future? **س2:هل أنت تخضع للملاحظة الطبية / للعلاج طبي / جراحي أو تمت التوصية للقيام بذلك حاليا أو في المستقبل؟**	□ Yes ☑ No لا نعم	
Q3: Do you have any physical problems/ disability for which you are undergoing physiotherapy or have been advised for? **س3: هل لديك أي مشاكل جسدية / إعاقة تجعلك خاضع للعلاج الطبيعي أو تمت نصيحتك بذلك؟**	□ Yes ☑ No لا نعم	
Q4: Is there any other medical condition or disorder or any symptoms that you should be declared, and you are unable to relate to the above-mentioned Questions? **س4: هل هناك أي حالة طبية أخرى أو إضطراب أو أي أعراض يجب عليك أن تصرح بها ، ولكن لم يرد ذكرها اعلاه ؟**	□ Yes ☑ No لا نعم	
Q5: Do you have any Critical illness? (Cancer, Organ Failure, Cerebral Disease, Stroke, Heart Disease, Congenital Disease, Hepatitis B and/or C) **س5: هل لديك أي مرض خطير؟** **(السرطان ، فشل عضوي ، الأمراض الدماغية ، السكتة الدماغية ، أمراض القلب ، الأمراض الخلقية ، إلتهاب الكبد Bو / أو C)**	□ Yes ☑ No لا نعم	

Date: 2026.3.9
التاريخ

Applicant's Signature: Xueqi Zhang
توقيع العميل

Orient Insurance PJSC (Head Office)
Dubai Festival City
P.O. Box 27966, Dubai, UAE.
tel +971 4 253 1300 , fax +971 4 253 1500
e-mail orient@alfuttaim.com
www.insuranceuae.com

اورينت للتأمين - شركة مساهمة عامة (المكتب الرئيسي)
دبي فيستفال سيتي
ص.ب. ٢٧٩٦٦ دبي، إ.ع.م.
هاتف ٢٥٣١٣٠٠ ٤ ٩٧١+، فاكس ١٥٠٠ ٢٥٣ ٤ ٩٧١+
e-mail orient@alfuttaim.com
www.insuranceuae.com

EXPO 2020 إكسبو
دبي، الإمارات العربية المتحدة
DUBAI UNITED ARAB EMIRATES
OFFICIAL PROVIDER | مزود رسمي

An Al-Futtaim group company مجموعة الفطيم إحدى شركات

Q6: This question applies only to married females 18 – 45 y/o س6: هذه الأسئلة تنطبق فقط على الإناث المتزوجات 18-45 سنة		
a-Are you currently pregnant - show signs and/or symptoms of pregnancy - planning to get pregnant? أ- هل أنت حامل حاليا – او لديك علامات /أو أعراض الحمل –تخططين لأن تكوني حامل؟	□ Yes □ No نعم لا	
b- Last Menstrual period date: ب- تاريخ أخر دورة شهرية:		
c- Do you have earlier history of Caesarian Section, Premature Delivery or Premature babies? Alternatively, any other complications related to maternity, till date? جـ- هل سبق لك الولادة بعملية قيصرية مبكرة, الولادة المبكرة ، الأطفال الخدج؟ عدا عن ذلك هل هناك اي مضاعفات أخرى متعلقة بفترة الحمل و الولادة حتي تاريخه؟	□ Yes □ No نعم لا	
d- Have you undergone any treatment or taken any medications for infertility to achieve this pregnancy? د- هل خضعت لأي علاج مستمر أو تتناولين أي ادوية للعقم لمحاولة الحمل؟	□ Yes □ No نعم لا	
e-Please send a copy of the latest ultrasound report and specify if there are any abnormal findings or more than one fetus هـ - الرجاء إرسال نسخة من أخر تقرير للموجات الفوق صوتية وتحديد إن كان هناك أي شيء غير طبيعي أو أكثر من جنين.		
f- Do you have any of the below conditions? و- هل لديك أيا من الحالات المذكورة أدناه؟ If answer to any of the above is yes, please support with relevant medical records and detailed information on the box provided إذا كانت الإجابة على أي من الأسئلة التالية (نعم) يرجى إرفاق التقارير الطبية المتعلقة بها ومعلومات تفصيلية فى الخانة المقابلة.		
• Any Heart Disease or Hypertension أي أمراض قلبية أو إرتفاع ضغط الدم	□ Yes نعم	□ No لا
• Autoimmune Diseases أمراض المناعة الذاتية	□ Yes نعم	□ No لا
• Diabetes/gestational diabetes مرض السكرى / سكرى الحمل	□ Yes نعم	□ No لا
• Thyroid Diseases أمراض الغدة الدرقية	□ Yes نعم	□ No لا
• Kidney Diseases أمراض الكبد	□ Yes نعم	□ No لا
• Any placenta problems with the current pregnancy أي مشاكل بالمشيمة فى الحمل الحالى	□ Yes نعم	□ No لا
• Any episode of vaginal bleeding with this pregnancy أي حالة من النزيف المهبلي فى هذا الحمل	□ Yes نعم	□ No لا

ANY MEDICAL HEALTH DEVELOPMENTS AFTER SIGNING THE MAF UNTIL DATE OF BUSINESS CONFIRMATION SHOULD BE NOTIFIED TO THE INSURER FOR RISK ASSESMENT AND TO AVOID LATER SERVICE DENIALS.

يجب إخطار شركة التأمين بأي تطور للحالة الصحية بعد التوقيع على نموذج الطلب حتى تاريخ الموافقة لأغراض تقدير المخاطر ولتجنب رفض الخدمة لاحقا.

Date: 2026.3.9
التاريخ

Applicant's Signature: Xueqi Zhang
توقيع العميل

Orient Insurance PJSC (Head Office)
Dubai Festival City
P.O. Box 27966, Dubai, UAE.
tel +971 4 253 1300 , fax +971 4 253 1500
e-mail orient@alfuttaim.com
www.insuranceuae.com

اورينت للتأمين - شركة مساهمة عامة (المكتب الرئيسي)
دبي فيستفال سيتي
ص.ب. ٢٧٩٦٦ دبي، إ.ع.م.
هاتف ٢٥٢١٣٠٠ ٤ ٩٧١+، فاكس ١٥٠٠ ٢٥٣ ٤ ٩٧١+
e-mail orient@alfuttaim.com
www.insuranceuae.com

EXPO 2020 إكسبو
دبي، الإمارات العربية المتحدة
DUBAI UNITED ARAB EMIRATES
OFFICIAL PROVIDER | مزود رسمي

Based on above declarations, insurer reserves the right to request additional medical report/documents to complete the assessment of medical conditions.

بناء على التصريح أعلاه ، يحتفظ المؤمن بالحق فى طلب أى تقارير طبية إضافية / مستندات لإستكمال تقدير الحالة الطبية.

Any non-disclosure or misrepresentation or concealment of material fact will make this policy void with immediate effect.

أي حالة من حالات عدم التصريح أو التحريف أو إخفاء للحقيقة سوف تجعل تلك البوليصة باطلة بأثر فوري

I agree that no indemnity will be paid under the proposed insurance policy for medical expenses arising from disorders which were declared prior to completion of this Application and which were not disclosed to the insurer at the date of this application. Failure to disclose material information to the insurer will invalidate the proposed insurance policy.

أوافق على أنه لن يتم دفع أي تعويض عن وثيقة التأمين المقترحة لتغطية النفقات الطبية الناتجة عن الإضطرابات المصرح بها قبل إستكمال هذا النموذج والتى لم يتم الإفصاح عنها للمؤمن فى تاريخ تعبئة هذا النموذج . يؤدي عدم الكشف عن المعلومات الجوهرية إلى شركة التأمين إلى إبطال بوليصة التأمين المقترحة.

I hereby agree, with this in respect to myself / insured, that I am aware of the general terms of this insurance and I accept them for myself / on behalf of the insured. I, the undersigned declare that all the above information as well as all declarations on the additional questionnaire (personal information) are true and complete. This information shall be considered as an integral part of the insurance policy.

أوافق بموجب هذا ، فيما يتعلق بنفسي / المؤمن ، على أني على دراية بالشروط العامة لهذا التأمين وأنني أقبلها بالأصالة عن نفسى / نيابة عن المؤمن له. أقر أنا الموقع أدناه أن جميع المعلومات الواردة أعلاه ، وكذلك جميع التصريحات المتعلقة بالإستبيان الإضافي (المعلومات الشخصية) ، صحيحة وكاملة. تعتبر هذه المعلومات جزءًا لا يتجزأ من بوليصة التأمين.

I hereby provide my Insurer and associated Third party administrator (NEXtCARE) with full authorization to review my / insured medical records across all hospitals and / or medical centers which I / he / she have ever visited whether before or after this insurance inception date. This includes all kinds of medical records whether related to services done on cash basis or under other insurance coverage. I (on behalf of the insured) acknowledge that the coverage decision for any service requested will be based on my / insured records review and it is the sole authority of NEXtCARE to approve or deny the case as per the audit findings.

أوافق أنا على تزويد المؤمن نيكست كير ومزود الخدمات المرتبط به بكل الصلاحيات لمراجعة التقارير الطبية الخاصة بي / المؤمن له بكل المستشفيات و/أو المراكز الطبية والتي قمت أنا/ هو/ هي بزيارتها سواء قبل أو بعد تاريخ سريان هذا التأمين. وهذا يتضمن جميع أنواع التقارير الطبية سواء ما كان منها متعلق بخدمة تم تقديمها نقدا أو تحت مظلة تأمين أخر. أقر أنا (بالنيابة عن المؤمن له) بأن قرار التغطية لأي طلب خدمة سوف يكون بناء على مراجعة سجلاتي / المؤمن له وفقط نيكست كير هي التي تملك السلطة للموافقة أو رفض الحالة وفقا لنتائج التدقيق.

- If the insured is a married female age 18-45: -

Disclaimer: I understand and acknowledge any pregnancy not declared at the time of this application's coverage will be at the sole discretion of the insurer. The insurer has the right to not cover any maternity claims to any undeclared pregnancy. I also acknowledge and understand any pregnancy, which arises within forty calendar days from the date of this application; coverage will also be at the discretion of the insurer.

إذا كانت المؤمن لها أنثى متزوجة عمرها 45-18 سنة

إقرار: أتفهم وأقر بأن أي حمل غير مصرح به في وقت تعبئة هذا النموذج سوف يكون خاضع لتقدير المؤمن فقط. والمؤمن له الحق فى عدم تغطية أي مطالبة متعلقة بحالات الأمومة لأي حمل غير مصرح به. كما أتفهم وأقر بأن أي حمل يحدث خلال أربعين يوم بدءا من تاريخ هذا النموذج فإن التغطية أيضا سوف تكون خاضعة لتقدير المؤمن.

Date: 2026.3.9
التاريخ

Applicant's Signature: Xueqi Zhang
توقيع العميل

Orient Insurance PJSC (Head Office)
Dubai Festival City
P.O. Box 27966, Dubai, UAE.
tel +971 4 253 1300 , fax +971 4 253 1500
e-mail orient@alfuttaim.com
www.insuranceuae.com

اورينت للتأمين - شركة مساهمة عامة (المكتب الرئيسي)
دبي فيستفال سيتي
ص.ب. ٢٧٩٦٦ دبي، إ.ع.م.
هاتف ٢٥٣١٣٠٠ ٤ ٩٧١+، فاكس ١٥٠٠ ٢٥٣ ٤ ٩٧١+
e-mail orient@alfuttaim.com
www.insuranceuae.com

EXPO 2020 إكسبو
دبي، الإمارات العربية المتحدة
DUBAI UNITED ARAB EMIRATES
OFFICIAL PROVIDER | مزود رسمي

An Al-futtaim group company مجموعة القطيم إحدى شركات