

نموذج الإفصاح الطبي الموحد Unified Medical declaration form

عزيزي المؤمن له: Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.				نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير ولضمان حصولك وأفراد أسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة.			
نوع الطلب (1) Addition <input type="checkbox"/> إضافة (2)		جديد <input type="checkbox"/> New		Type			
اسم المنشأة: Entity name:		رقم الوثيقة/ السجل التجاري: PolicyNo./ CR		اسم الموظف: Employee name:		رقم الهوية	
الحالة الاجتماعية: أعزب <input type="checkbox"/> Single متزوج <input type="checkbox"/> Married		الجنسية:		الجنس:		Gender :	
يرجى الإفصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع إشارة ✓ في المربع تحت كلمة (نعم):		لا No		نعم YES		Please declare any of below cases by marking ✓ under the word (Yes):	
1 هل تم التنويم بالمستشفى خلال آخر 12 شهر؟		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		Any hospital admission during the last 12 months.	
2 هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، التهاب الكبد الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفق، أمراض المناعة الذاتية أو تصلب المتعدد.		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		2 Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases limited to: Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	
3 هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط: الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، التلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكسر الفولي، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		3 Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases limited to: Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, Gaucher's disease, G6PD Deficiency, systic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	
4 هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		4 Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	
5 هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلاق الغضروفي (الديسك)، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		5 Have you been diagnosed with any of the following bone diseases limited to: Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	
6 للأنثى الحامل فقط: حمل حالي جنين واحد. حمل حالي مع قيصرية سابقة. حمل حالي متعدد الأجنة. تاريخ الولادة المتوقع:		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / .. / ..		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / .. / ..		6 Pregnant Females only: Current single pregnancy. Current single pregnancy with previous CS delivery. Current multiple pregnancy. Expected delivery date:	
بيانات الموظف وأفراد العائلة المراد اضافتهم (3) (في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)				Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)			
م	اسم الموظف / أفراد العائلة	الجنس	القرابة	رقم الهوية	الوزن	الطول	رقم الجوال
	Employees/Dependent Name	Gender	Relation	ID Number	Weight	Height	Mobile No.
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
الإقرار والتفويض: 1. أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وبناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأن شركة (اسم شركة التأمين) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر. 2. أوافق على أحقية (اسم شركة التأمين) في رفض المطالبة أو التغطية كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل تسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد. 3. أقر بأنني قد قرأت وفهمت جميع ماجاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم إشارتي أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه وعليه أوقع. 4. عدم تعبئة بيانات الطول والوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة.				Undertakings: 1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that (insurance company name) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s). 2. I agree that (insurance company name) has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract. 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis. 4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.			
التاريخ Date		توقيع الموظف (4) Employee Signature		ختم جهة العمل Entity's stamp		... / ... / ...	

(1) Upon renewal of the policy , the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.

(2) The insurer is not eligible to request a medical delaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.

(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.

(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج إفصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) أشهر.

(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج إفصاح طبي للمواليد الجدد عند إضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية

(3) في حال الحاجة لإضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد

(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلاً عن المؤمن له.