

**Unified Medical Declaration Form**
**نموذج الإفصاح الطبي الموحد**
**Dear Insured:**

Please fill out the form correctly for the purpose of pricing and to insure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.

**عزيزي المؤمن له:**

نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير ولضمان حصولك وأفراد أسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة.

Type: Addition  إضافة<sup>2</sup> New  جديد نوع الطلب<sup>1</sup>!

Policy No.\CR: \_\_\_\_\_ رقم الوثيقة/السجل التجاري: Entity name: \_\_\_\_\_ اسم المنشأة:

Mobile: \_\_\_\_\_ رقم الجوال: Employee name: \_\_\_\_\_ اسم الموظف:

ID No.: \_\_\_\_\_ رقم الهوية:

Gender: \_\_\_\_\_ Nationality: \_\_\_\_\_ الجنسية: Marital status: Married  متزوج Single  أعزب الحالة الاجتماعية:

Please declare any of below cases by marking  under the word (Yes): **يرجى الإفصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع إشارة  في المربع تحت كلمة (نعم):**

1	No لا <input type="checkbox"/>	Yes نعم <input type="checkbox"/>	هل تم التنويم بالمستشفى خلال آخر 12 شهر؟
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية <b>فقط</b> : التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبد الفيروسي المزمن سني، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو تصلب المتعدد؟
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية <b>فقط</b> : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، 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 الخلقية الوراثية؟
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية <b>فقط</b> : مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية؟
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية <b>فقط</b> : الإنزلاق الغضروفي (الديسك)، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة؟
6	No لا <input type="checkbox"/>	Yes نعم <input type="checkbox"/>	<b>للثلاثي الحامل فقط:</b> حمل حالي جنين واحد. حمل حالي مع قيصرية سابقة. حمل حالي متعدد الأجنة. تاريخ الولادة المتوقع:
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ / _____ / _____

**Employee and dependent's details that need to be added**

(In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

**بيانات الموظف وأفراد العائلة المراد إضافتهم<sup>3</sup>**

(في حالة الإجابة بـ نعم، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف/أفراد العائلة Employee/Dependent Name	رقم No
									1
									2
									3
									4
									5
									6
									7

**Undertakings:**

- 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 Tawuniya has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
- I agree that Tawuniya 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.
- 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.
- Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery

**الإقرار والتفويض:**

- أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وبناتٍ عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأن التعاونية لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر.
- أوافق على أحقية التعاونية 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.
- أقر بأنني قد قرأت وفهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم إشارتي أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه وعليه أوقع.
- عدم تعبئة بيانات الطول والوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة.

Entity's Stamp ختم جهة العمل	Employee Signature توقيع الموظف <sup>4</sup>	Date التاريخ _____/_____/____
---------------------------------	---	-------------------------------------

- Upon the renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form from any insured who has been insured for (11) months.
- The insurer is not eligible to request a medical declaration form for new births when they are added to existing health insurance policy.
- If you need to add more dependents, an additional form shall be filled.
- It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

- عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج إفصاح لأي مؤمن له مضي عليه (11) أشهر.
- لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج إفصاح طبي للمواليد الجدد عند إضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية.
- في حال الحاجة لإضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد.
- عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلاً عن المؤمن له.