



Unified Medical Declaration Form

نموذج الإفصاح الطبي الموحد

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.

Type: Addition إضافة ⁽²⁾ New جديد نوع الطلب: ⁽¹⁾

Policy No./CR: رقم الوثيقة / السجل التجاري Entity Name: اسم المنشأة:
Mobile No.: رقم الجوال Employee Name: اسم الموظف:

ID Number: رقم الهوية:

Gender: الجنس: Female أنثى Male ذكر Nationality: الجنسية: Marital status: الحالة الاجتماعية: Married متزوج Single أعزب

تفاصيل التاريخ الطبي

Please declare any of below cases by marking ✓ under the word "Yes":	No	Yes	يرجى الإفصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع إشارة ✓ في المربع تحت كلمة "نعم":
1. Any hospital admission during the last 12 months.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. هل تم التنويم بالمستشفى خلال آخر 12 شهر؟
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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، التهاب 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. 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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط: 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. Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.
5. Have you been diagnosed with any of the following bone diseases limited to: Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلاق الغضروفي "الديسك"، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.
6. Pregnant Females only: • Current single pregnancy. • Current single pregnancy with previous CS delivery. • Current multiple pregnancy. • Expected delivery date:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. للأنثى الحامل فقط: • حمل حالي جنين واحد. • حمل حالي مع قيصرية سابقة. • حمل حالي متعدد الأجنة. • تاريخ الولادة المتوقع:

بيانات الموظف وأفراد العائلة المراد اضافتهم ⁽³⁾

EMPLOYEE AND DEPENDENTS DETAILS THAT NEED TO BE ADDED
في حالة الإجابة بنعم أعلاه، 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 Employees/Dependent Name
								1.
								2.
								3.
								4.
								5.
								6.
								7.

الإقرار والتفويض:
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.

1. أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وبناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأن شركة (سوليدرتي) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويديها بأى معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر.
2. أوافق على أحقية (سوليدرتي) 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 بأني 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.
4. عدم تعبئة بيانات الوزن والطول سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة.

Entity's stamp: ختم جهة العمل Employee Signature: توقيع الموظف: ⁽⁴⁾ Date: التاريخ:

(1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يبق للشركة طلب نموذج إفصاح لا مؤمن له مضي 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 إضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.