

UNIFIED MEDICAL DECLARATION FORM

نموذج الإفصاح الطبي الموحد

TYPE	ADDITION <input type="checkbox"/> إضافة	NEW <input type="checkbox"/> جديد	نوع الطلب
------	---	-----------------------------------	-----------

Dear Insured: 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.

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.

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

ID Number: _____ رقم الهوية

Gender: _____ الجنس: Nationality: _____ الجنسية: Marital Status: Married متزوج Single أعزب

Please declare any of the below cases by marking (✓) under the word (Yes): **يرجى الإفصاح عن وجود أي من الحالات ادناه بوضع إشارة (✓) في المربع تحت كلمة (نعم):**
"Below Undeclared Medical Case May Not Be Covered" "إن تم التغطية التأمينية للحالات أدناه في حال عدم الإفصاح عنها"

1	Any hospital admission during the last 12 months. "Admission: registering as an admitted patient at the hospital unril the following morning"	NO لا	YES نعم	هل تم التويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر؟ "التويم : تسجيل الشخص المؤمن له كمريض نوم في المستشفى حتى صباح اليوم التالي"
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic disease limited to: Autism, listed Benign Tumor (Breast tumors, fibroid uterus, benign prostatic hyperplasia, thyroid goiter and parathyroid glands, live tumors, colon tumors). Malignant tumors, listed Cardiac diseases coronary and valve heart diseases, heart failure, cardiac fibrillation myocardial infraction, heart clots). Chronic Hepatitis C, Gallstones Sever Kidney failure (stage 5 Requiring dialysis, clearance of less tha 15 ml/ minute*). Urinary tract stones, hernias. Autoimmune disease (lupus, rheumatoid arthritis, psoriasis, Crohn's disease, ulcerative colitis, multiple sclerosis, celiac disease)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيص بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام السرطانية، الأورام الحميدة التالية (أورام الثدي، أورام الرحم الليفي، تضخم البروستات الحميد، أورام أو تضخم الغدة الدرقية والغار الدرقية، أورام الكبد، أورام القولون)، أمراض القلب التالية (أمراض شرايين وصمامات القلب، فشل عضلة القلب، الرجفان القلبي، وطفحات القلب)، الالتهاب الكبد الفيروسي المزمن ح (C)، حصوات المرارة، الفشل الكلوي الشديد المرحلة الخامسة من أمراض الكلى التي تستدعي الغسيل الكلوي، الترشح الكلوي أقل من 15 مل/دقيقة)، حصوات المسالك البولية، الفتق، أمراض المناعة التالية: (الدثية الحمراء، والتهاب المفاصل الروماتيزمية، الصدفية، مرض كرونز، التهاب القولون التقرحي، تصلب اللويحي، حساسية القمح)
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, cystic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease. Polycystic Kidney Disease.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيص بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط: الشلل الدماغي، اضطراب خلايا المنجعية، التلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، أستسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكسر الفولي (G6PD) التليف الكيسي للثة، مرض تكس الحديد (هيموكروماتوسيس)، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقى الوراثي.
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, Retinal diseases.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيص بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض الشبكية.
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases limited to: Vertebral disc prolapse (moderate or severe), Scoliosis (moderate or severe)** , or ligament tears, osteoarthritis (moderate or severe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيص بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلاق الغضروفي المتوسط أو المتقدم (الديسك)، انحراف العمود الفقري المتوسط أو المتقدم ** (سكوليوسس) احتكاك المفاصل المتوسط أو المتقدم أو ترقق العظام.
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"/>	للإبتي الحامل فقط: حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الاجنة تاريخ الولادة المتوقع:

Employee and dependents 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 اضافتهم

(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

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 (Malath Cooperative Insurance Co.) 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 (Malath Cooperative Insurance Co.) 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 وبناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأن (شركة ملاذ للتأمين التعاوني) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر.
- أوافق على أحقية (شركة ملاذ للتأمين التعاوني) 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 مجامع 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	Date التاريخ / /
------------------------------	---------------------------------	---------------------------------------

- Upon renewal of the policy, the company shall not request declaration form for any insured who has been in the past 11months.
 - The company is not entitled to request a medical declaration form for new borns when they are added to the existing health insurance policy in the same insurance company unless the mother is covered on different insurance company.
 - If you need to add more dependent, a new form is filled.
 - The irregularity of the signature of the employer instead of the employee to avoid taking legal responsibility.
 - Insurance company has the right to reject coverage of
- * As per the Kidney Foundation Kidney Disease Outcomes Quality Initiative(KDOQI) Clinical Practice Guideline classification
** Scoliosis Cobb angle more than 10 degrees or Scoliometer more than 5 degree

- عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج إفصاح لأي مؤمن له مخي عليه (11) أشهر.
 - لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج إفصاح طبي للمواليد الجدد عند إضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية لنفس شركة التأمين ما لم تكن الأم على وثيقة تأمين أخرى.
 - في حال الحاجة لإضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد.
 - عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له تحثاً لتحمله المسؤولية القانونية.
 - يحق لشركة التأمين رفض حالات عدم الإفصاح للعلة المتعلقة بالبنود المذكورة بالنموذج وفقا ل
- * تصنيف الصادر عن مؤسسة نتائج أمراض الكلى ومبادرة الجودة (KDOQI)
* جنتف كوب نواوية أكثر من 10 درجات أو سكوليوميتر أكثر من 5 درجات