

ملحق الوثيقة رقم (8) نموذج الإفصاح الطبي

نموذج الإفصاح الطبي

Unified medical Declaration Form

عزيزي المؤمن له:			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.			تأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بشكل صحيح لغرض التسعير ولضمان حصولك وأفراد أسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة.		
نوع الطلب (1)		Type		اسم المنشأة:	
Addition <input type="checkbox"/> إضافة (2)		New <input type="checkbox"/> جديد		Entity name:	
PolicyNo./ CR		رقم الوثيقة/ السجل التجاري:		اسم الموظف:	
Mobile No.		رقم الجوال:		Employee name:	
ID Number			رقم الهوية		
Gender :		Nationality:		Marital status	
: الجنس		: الجنسية		Married <input type="checkbox"/> متزوج Single <input type="checkbox"/> أعزب	
Please declare any of below medical conditions for your and your family by marking ✓ under the word (Yes):					
"Below Undeclared medical case may not be covered"					
برجى الإفصاح عن وجود أي من الحالات الطبية التالية لك أو لدى أفراد أسرتك فإذنا بوضع إشارة في المربع تحت كلمة (نعم):					
"إن تم التغطية التأمينية للحالات أدناه في حال عدم الإفصاح عرفنا"					
1		2		3	
Any hospital admission* during the last 12 months. *Admission: registering as an admitted patient at the hospital until the following morning		Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases limited to: Autism, listed Benign Tumor (Breast tumors, fibroid uterus, benign prostatic hyperplasia, thyroid goiter and parathyroid glands, liver tumors, colon tumors), Malignant tumors, listed Cardiac diseases (coronary and valve heart diseases, heart failure, cardiac fibrillation, myocardial infarction, heart clots), Chronic Hepatitis C, Gallstones, Severe Kidney failure (stage 5 Requiring dialysis, clearance of less than 15 ml/ minute*), Urinary tract stones, hernias, Autoimmune diseases (lupus, rheumatoid arthritis, psoriasis, Crohn's disease, ulcerative colitis, multiple sclerosis, celiac disease)		هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط: التثلث الممائي، اضطراب الخلية المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض المثيل الخالي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأضواء التناسلية، أمراض الكروموسومات مرض غوتشر، مرض التكسر الولي (G6PD)، الخلل الكيسي للزلف، مرض تكس الحنيد (هيموكروماتوسيس)، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلفي الوراثي.	
3		4		5	
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.		Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, Retinal diseases.		هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض الشبكية.	
4		5		6	
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)		Pregnant Females only: Current single pregnancy. Current single pregnancy with previous CS delivery. Current multiple pregnancy. Expected delivery date:		إفصاح الحامل فقط: حمل حالي وحيد واحد. حمل حالي مع قيصرية سابقة. حمل حالي متعدد الأجنة. تاريخ الولادة المتوقع: / .. / ..	
Employee and dependent's details that need to be added					
بيانات الموظف وأفراد العائلة المراد إضافتهم (2)					
(In case of a Yes answer, please declare the case in the table below)					
(في حالة الإجابة بنعم زرقا نذكر الحالة في الجدول أدناه)					
اسم مقدم الخدمة		الحالة		اسم الموظف / أفراد العائلة	
Provider Name		case		Employee/Dependent Name	
رقم الجوال		الطول		رقم الهوية	
Mobile No.		Height "Cm"		ID Number	
الوزن		الغرابية		الجنس	
Weight "KG"		Relation		Gender	
1		2		3	
2		3		4	
3		4		5	
4		5		6	
5		6		7	
6		7		8	
7		8		9	
8		9		10	
9		10		11	
10		11		12	
11		12		13	
12		13		14	
13		14		15	
14		15		16	
15		16		17	
16		17		18	
17		18		19	
18		19		20	
19		20		21	
20		21		22	
21		22		23	
22		23		24	
23		24		25	
24		25		26	
25		26		27	
26		27		28	
27		28		29	
28		29		30	
29		30		31	
30		31		32	
31		32		33	
32		33		34	
33		34		35	
34		35		36	
35		36		37	
36		37		38	
37		38		39	
38		39		40	
39		40		41	
40		41		42	
41		42		43	
42		43		44	
43		44		45	
44		45		46	
45		46		47	
46		47		48	
47		48		49	
48		49		50	
49		50		51	
50		51		52	
51		52		53	
52		53		54	
53		54		55	
54		55		56	
55		56		57	
56		57		58	
57		58		59	
58		59		60	
59		60		61	
60		61		62	
61		62		63	
62		63		64	
63		64		65	
64		65		66	
65		66		67	
66		67		68	
67		68		69	
68		69		70	
69		70		71	
70		71		72	
71		72		73	
72		73		74	
73		74		75	
74		75		76	
75		76		77	
76		77		78	
77		78		79	
78		79		80	
79		80		81	
80		81		82	
81		82		83	
82		83		84	
83		84		85	
84		85		86	
85		86		87	
86		87		88	
87		88		89	
88		89		90	
89		90		91	
90		91		92	
91		92		93	
92		93		94	
93		94		95	
94		95		96	
95		96		97	
96		97		98	
97		98		99	
98		99		100	

- (1) Upon renewal of the policy, the company shall not request a declaration form for any insured who has been in the past 11 months.
- (2) The company is not entitled to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy in the same insurance company unless the mother is covered on different insurance company.
- (3) If you need to add more dependent, a new form is filled.
- (4) The irregularity of the signature of the employer instead of the employee to avoid taking legal responsibility.
- (5) 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