

MEDICAL DECLARATION FORM
نموذج إفصاح طبي

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

CR No.: _____ Entity Name: _____ السجل التجاري: _____ إسم المنشأة: _____
Employee / dependent name as it appears on the card _____ إسم الموظف / التابع كما يظهر بالبطاقة _____

Date: _____ تاريخها: _____ ID Number _____ رقم الهوية _____ Nationality: _____ الجنسية: _____
_____ _____

City: _____ المدينة: _____ Occupation: _____ الوظيفة: _____
Zip Code: _____ رمز بريدي: _____ P.O Box: _____ ص.ب: _____ Address: _____ العنوان: _____
Tel.: _____ هاتف: _____ Mobile No.: _____ جوال: _____

Please declare any of the below cases by marking under the word (Yes): (في المربع تحت كلمة (نعم)):

	NO لا	YES نعم	
Any hospital admission during the last 12 months	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر
Do you have any chronic disease limited to: Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis, Gallstones, Kidney Failure, Urinary Tract Stones, Thyroid Goiter, Cysts, Fibroid Uterus, Hernias, Autoimmune Diseases or Multiple Sclerosis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل لديك أي من الأمراض المزمنة التالية فقط: الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبد الفيروسي المزمن، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد
Do you have congenital disorder or hereditary diseases. (Diseases that affect the individual during fetal life or diseases resulting from genetic defect or disorder or transmitted from one generation to another).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل لديك أي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية (الأمراض التي تصيب الفرد أثناء المرحلة الجنينية أو الأمراض الناتجة عن خلل أو اضطراب الجينات أو المنتقلة من جيل إلى آخر)
Do you have eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل لديك أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية
Do you have bone diseases limited to: Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل لديك أي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلاق الغضروفي (الديسك)، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل، أو تمزق الأربطة.
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"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	للأنثى الحامل فقط: حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع

In case of a Yes answer on any case في حالة الإجابة بنعم على أي حالة

Hospital Name: _____	اسم المستشفى:
MR No.: _____	رقم الملف:

<p>Undertakings:</p> <ul style="list-style-type: none"> I hereby undertake that all the above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that Malath Cooperative Insurance and Reinsurance Company 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 and Reinsurance Company 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 member 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. 	<p>الإقرار والتفويض:</p> <ul style="list-style-type: none"> أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وبناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأن شركة ملاث للتأمين وإعادة التأمين التعاوني لها الحق في الإتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر. أوافق على أحقية شركة ملاث للتأمين وإعادة التأمين 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 عضو 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.
--	---

Entity العمل جهة GS Name: _____ مسئول التأمين: Signature: _____ التوقيع: Stamp الختم	Employee Signature توقيع الموظف Date التاريخ .. / .. /
---	---