

UNIFIED MEDICAL DECLARATION FORM

نموذج الافصاح الطبي الموحد

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

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.

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

رقم الهوية: _____ ID Number: _____

الحالة الاجتماعية: أعزب متزوج Married Nationality: _____ الجنسية: _____ Gender: _____ الجنس: _____

Please declare any of the below cases by marking under the word (Yes): (في المربع تحت كلمة (نعم): (لا) (No):

1	Any hospital admission during the last 12 months.	NO لا <input type="checkbox"/>	YES نعم <input type="checkbox"/>	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 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"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبد الفيروسي المزمن، سب، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases limited to: Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassaemia, 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 تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط: الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، التلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات لشوكي، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكسر الغولي، 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"/>	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"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلاق العضروفي (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"/>	للأنثى الحامل فقط: حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة 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

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 ملاث للتأمين التعاوني) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر.
- أوافق على أحقية (شركة ملاث للتأمين التعاوني) في رفض المطالبة أو التغطية كلياً عند عدم الافصاح 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 ماجاء 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 / /
------------------------------	---------------------------------	---------------------------------------