

نموذج الإفصاح الطبي الموحد Unified Medical Declaration Form

شركة ولاء للتأمين التعاوني Walaa Cooperative Insurance Co.

Please fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure									عزيزى المؤمن له: نامل قيامك بتعينة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير ولضمان حصولك وأفراد								
that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.									نامل فيامك بتعينه هذا النموذج بالشكل الصحيح تعرض السبعير وتصمعن خصولت والرابد أسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة.								
Addition اِضَافَةُ New اِحْدِيدُ								1_	Tyro	_				(1)			
Policy No./CR رقم الوثيقة/ السجل التجاري: Policy No./CR							ty Nam	۵٠	Тур	009	1-11	-1.	1,		نوع الطلد		
N	lobile No. • O	7979	Λ	قم الجوال:		المراث		00		li'		اسم المنش					
		5		المناح الما	1 /	7	7		ها. و	اسم المو							
G	ender: 5	0		1	* 16: .		/	7	رقم الهوية:								
	Gender: الجنسية: Nationality: عراد الجنسية: المحادث الجنسية: المحادث									الحالة الإجتماعية: أعزب □ Single متزوج ☑ Marital Status: Married متزوج ☑ Single الحالة الإجتماعية: أعزب □ كالمتالة الإختماع عن وحود أي من الحالات الدناه بوضع إشارة ٧٠ في المربع نعم							
th	the word (Yes)									يرجى الإفصاح عن وجود أي من الحالات ادناه بوضع إشارة √ في المربع نم الحت كلمة (نعم)							
1	Any hospital admission during the last 12 months? Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases									هل تم التنويم بالمستشفى خلال آخر ١٢ شهر؟							
2 limited to: Autism, Benign tumor, Cancer, Heart diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones. Thyroid goite								هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، الإلتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي، حصوات									
1	Cysts, Fibroid ute	ole sciero	osis		التكيسات،	ة الدرقية، متعدد	، تضخم الغدة ، التصلب الد	لك البولية عة الذاتية	وات المسا اض المناء	رة، الفشل الكلوي، حصاً ليفي بالرحم، الفتق، أمر	المرا						
-	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases <u>limited to</u> : Cerebral palsy, Sickle cell disorder,								<u> </u>	قية التالية	تشوهات الخا	راثية أو ال	مر اض الو	م تشخصيك بأي من الأم	هل ت		
3	Thalassemia, Her	nalassemia, Hemophilia, Metabolic diseases, Hydrocephalus Spinal								الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل							
	Gaucher's disease, G6PD deficiency, Stick fibrosis. Hemochromatosis								أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكسر القولي، التليف الكيسي،								
4	Have you been d	Wilson disease, Polycystic kidney disease Have you been diagnosed with any of the following eye diseases									هيموكر وماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.						
4	limited to: Catar	mited to: Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.								هل تم تشخصيك بأي من أمراض العين التالية فقط: على مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.							
5	limited to: Verte	lave you been diagnosed with any of the following bone diseases mited to: Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.								هل تم تشخصيك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلاق الغضروفي (الديسك)، أنحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.							
	Pregnant Females only:										0, , 0		-, -,	ي الحامل فقط:	الأنث		
6	Current single pregnancy. Current single pregnancy with previous CS delivery.												ä	، حالي جنين واحد. ، حالي مع قيصرية سابق	ا حمل		
	Current multiple pregnancy.												•	، حالى متعدد الاجنة.	حمل		
Employee and dependents details that need to be added								/	تاريخ الولّادة المتوقع: ات الموظف وافراد العائلة المراد اضافتهم(٥)								
(In	(In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)								(في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أنناه)								
	اسم مقدم الخدمة Provider Name	الة الصحية Health Ca			رقم الجو bile No.	الطول Hoight	الوزن		قم الهوية ID Numb	,	القرابة	الجنس	نة	اسم الموظف /اقراد العاتا			
				IVIOL	one ito.	rieigiit	Weight	11.		レノノ	Relation			Oyees / Dependents Na	me ,		
_											'	3		7, 6	2		
								100				_			3		
															5		
110								-	7						6		
															7 8		
_															9		
Inc	lertakings:													التفويض:	10		
2. I c c 3. I a 4. F	hereby undertake ny enrolment will b insurance Company ny medical informagree that Walaa overage/claims in ontractual date or hereby confirm reagree that not marind is gin on these lailure to fill the west of obesity surg	e on the basis of some the right to action needed to a cooperative Institution in case of before enrolling ading and undersolves. The cooperative is upoasis.	such inforr contact the inssess the urance Co no declar or adding tanding all nderstood	nation are hospit risk(s). Impany he ration of a new Insert points place "Not	nd that Wa tal(s) I dea nas the rig f any cas sured dur oresented hing requi	alaa Coop al with to ght to re- es prior ing the c in this fo ires decla usal to co	perative o collect ject the to the ontract. orm and aration"	ت ل أو ة.	مال بالمستشفياد كلياً عند عدم د أو قبل التسجي ي أمام أي من أوقع.	ن في الإتص مخاطر. اريخ التعطية عدم إشارة عدم إشارة عدم وعليه طية جراحة	باوني) لها الحو ج إليها لتقييم ال فض المطالبة أ ني نشأت قبل ت كما أتحهد بأن حق الافصاح ع	للتأمين التأ لبية قد تحتا وني) في ر رة أعلاه الن هذا النموذج حود ما سنة	شركة (ولاء معلومات ط للتأمين التعا بالات المذكو يان العقد. ما جاء في و بمثابة نفي و ن سيؤدي إل	إن البيانات و المعلومات اله السيانات و المعلومات اله التعامل معها التزويدها بأي على أحقية شركة (ولاء أن على أحقية شركة (ولاء أن من الحقة مؤمن له خلال فترة سرايت المذكورة أعلاه يعتبر و تعبية المذكورة أعلاه يعتبر المطول و الوزر المتاريخ Date	على التي 2. أو افؤ الإفد إضاء 3. أقر ا		
1) () Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.									ر لأي مؤمن	ذج إفصاح ا	ة طلب نم	حق للشرك	د تجديد الوثيقة فإنه لا يـ	ند (1) عنا		
	or any insured who he insurer is not e	tion form	for newl	22.0		and a file	- TA			1) أشهر.	1)						
	when they are add	-cain	ساهم على و	a) 770 77	ي للمو الله الح	فصناح طي	ب نمودج ا	يحق لشركة التأمين طلا	y (2)								

(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.

(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(3) في حال الحاجة لإضافة تابعين اكثر يتم تعينة نموذج جديد.
 (4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلا عن المؤمن له.







التاريخ: ۱۴۴۳/۱۱/۱۲ الموافق: ۲۰۲۲/۰۲/۱۰ رمز الشهادة: ۲۹۴۲۰۳۷

شهادة الأجر الخاضع للاشتراك

اسم المشترك : حسين عدنان بن محمد الجراش

رقم الاشتراك : ٣٩١٦٨٨٣٣٨

رقم الهوية الوطنية : ١٠٨٥٤٢٦١٦٩

الأجر الخاضع للاشتراك : ٠٠٠٠٠٠

تشهد المؤسسة العامة للتأمينات الإجتماعية بأن الموضح بياناته اعلاه احد المسجلين لدى المؤسسة وبناء على طلبه اعطيت له هذه الشهادة.

هذه الشهادة سارية المفعول لمدة ٢٠ يوم من تاريخ اصدارها.

يمكنك التحقق من صحة وصلاحية الشهادة عبر زيارة الرابط الدابط الدناه في الموقع الإلكتروني للمؤسسة العامة للتأمينات الإجتماعية

www.gosi.gov.sa/vc

(الشهادة معتمدة لا تحتاج الى توقيع او ختم)





عن طريق استخدام

الرمز المعرف التالى:



تعد هذه الشهادة من الوثائق الاكترونية الحكومية الرسمية ، ويحظر قطعيا تقليدها أو إدخال أي تعديلات عليها سواء بالإضافة أو الحذف أو التغيير في بياناتها أو غير ذلك من انواع التعديل ، وتعد الشهادة لاغية إذا ضابها شيء من ذلك ، كما تعرض صاحبها الملاحقة النظامية أمام الجهات المختصة بالإضافة إلى مايفرضه نظام التأمينات الاجتماعية من عقوبات ، ولايجوز تداول الشهادة إلا في الأغراض التي أصدرت لأجلها وفقا لأحكام نظام التأمينات الاجتماعية ، والمؤسسة العامة للتأمينات الاجتماعية غير مسؤوله عن أي آثار أخرى مترتبة قبل الغير عن الشهادة وغير مسؤولة عن أي عماية تزوير أو تعديل تتم على البيانات الواردة فيها.