دحوملا يبطلا حاصفلاا جذومن **Unified Medical declaration form**

AVA
, AR. L

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.								هل نمو ملا بزبزع: بلع كترسا دارفاق كلوصح نامضلو ريعستلا ضرغل حيحصلا لكشلاب جذومنلا اذه ونبعتب كمايق لمأن وقيتولا عفاتم بسح بولطملا لكشلاب ويحصلا وياعر الاكلوماظ،									
Addition D)2(المحافظ New						ديدج		Type:							بلطلاء		
PolicyNo./ CR / الجسلا ةقيثورالا جقلا:									Enti	Entity name:							
لاومجةلا: Mobile No.									Employee name: : فظوملا مسا								
ID Number										قيو هلا مقر							
Gender: سنجلا: Nationality: تسنجلا:										سرعا ةيعامتجلاًا: قلاحلا □ Single جوزتم □ Marital status							
Please declare any of below cases by marking bunder the word (Yes):									YES		ت عبرمالا				با عضوب هاندأ تلااحلا نم يأ دوجو نع	ةر ا <i>ث</i>	
1 Any hospital admission during the last 12 months.														نلا مت له		1 را	
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases limited to: Autism, Benign Tumor , Cancer , Heat Diseases, chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts,							_		لا، ،	قديمحلا مارو لأا دحوتلا، طقف: قيلاتلا قنمز ملا ضار ملأا نم يأب كصيخشت مت له ، قر ار ملا تاوصح ، يس نمز ملا يسوريفلا يدبكلا باهتللاا بلقلا، ضار مأ ناطر سلا، ، يفيل مرو ، تاسيكتلا قيقر دلا، قدخلا مخضت قيلوبلا، كلاسملا تاوصح يولكلا، لشفلا بلصتلا وأ قيتاذلا قعانملا ضار مأ, قتفلا محوظهبلا.						
3	fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis. 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, Gautier's,G6PD Deficiency, Systic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.									ا يئاذغال،	طقف قبلاتلا قبقاخلا تاهوشتلا وأ قبيثار ولا ضار ملاًا نم يأب كصيخشت مت له: ليثمتلا ضار مأ ايليغوميهلا، ايميسلاثلا، قبلجنملا، ايلاخلا بارطضا، يغامدلا للشلا ضار مأ قبلسانتلا، ءاضعلاًا تاهوشت يكوشلا، تلاضعلا رومض سأر لا، ءاقستسا يئاذغلا يسيكلا، فيلتلا يلوفلا، رسكتلا ضرم رشوغ، ضريم بتولتلوووو كوكلايه، يقلخلا نيتيلكلا سيكت نوسليو يتلخور لله.						
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.										طقف قيلاتلا نيعلا ضارماً نم يأب كصيخشت مت له: ضارما وأ قينرقلا ضارماً ءاقرز، هايم ءاضيبقيكبقللا.						
5	Have you b	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases limited to: Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases. Have you been diagnosed with any of the following bone diseases limited to: Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament								_	يفورضغاد قالزنادا : طقف قيلاتاد ماظعاد ضارماً نم يأب كصيخشت) كستيداية (، قزمت وألصافماد باهتاد يرقفاد، دومعادة فالورها.						
Pregnant Females only: Current single pregnancy. Current single pregnancy with previous CS delivery. Current multiple pregnancy. Expected delivery date: Employee and dependents details that need to be added											الماحلا طَقَقَلِيْ: النيج يلاح لملح. النيج يلاح لملح. الموسيق عم يلا كثاب علي . الموسيق عم يلا كثاب علي . الموسيق على المعالج . الموسيق الموسيق ا						
		1	lease declare t لاوجلا مقر						لودجلا يف الاحلا ركذ ءاجر لا هلاعاً، معنب الباجلام الالح الفيفا) المناعلا دارفا الفظوملا مسا المناعلا دارفا الفظوملا مسا المناعلا المناعلا دارفا الفظوملا مسا								
ةمدخلا مدقم مسا Provider Name		ةلاحلا case	Mobile No.	ِطلا Hei			نزولا Weight		مقر قبو هلا ID Numbe			R	ةبارقلا elation. ــــــــــــــــــــــــــــــــــــ	Gender	Employees/Dependent Name	۴ ,	
			-	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·										-		1	
			-											+		2	
			1						-							3	
			+ +						 							5	
			1						1					+		6	
			1						1				-	<u> </u>		7	
Unde	ertakings:								 						ا ضيو افتقلاوا :		
1. I hereby undertake that all above information is correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that AXA has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical									1. بلطلاً لوبق ناف هيلع ءانبو محيحصو الماك هلاعاً المروكذملاو المولعملاو النايبلانا رقاً الموشتسملاب الاصتلاا يف قحلا اهل نيماتلل اسكا المكان المرش ناو النايبلا هذه ساسا للع متيس مييقتل اهيلا جاتحت دق الميط المولعم يأب اهديوزنل اهعم لمولطالخيقلا.								
information needed to assess the risk(s). 2. I agree that AXA has the right to reject the coverage/claims in full case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or								2. حاصفلاا مدع دنع ايلك ةيطغتلا وأ قبلاطملا ضفر يف نيمأتلل اسكا قكرش ةيقحاً بلع قفاوا ليجست لبق وأ دفاعتلا خيرات لبق تأشن يتلا هلاعاً هروكذملا تلااحلا نم يا دوجو نع نايرس قرتف للاخ هل نمؤم قفاضقا ولأ.									
a new Insured during the contract. 3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this									3. ماماً يتاراشا مدع نأب دهعتاً امك جذو منلا اذه يف ءاجام عيمج تمهفو تأرق دق ينأب رقاً هيلعو هنع حاصفلاا قحتسيام دوجو قباثمب هلاعاً قروكذملا تلااحلا تعوياً.								
form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sig no these bases.									هينعو هنع خاصفام فحصيام دوجو فبالمب هارك الروحاهار وحامل لحويا. 4. قنمسلا قحارج قيلمع فيلاكت قبطغت ضفر بالإيدؤيس نزولاو لوطلا تانايب قثبغطوفها في								
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.																	
Entity's stamp لمعلا قهج متخ Employee Signature)3(عيقوت	فظوملا					تلا Date /	خير		

- (1) Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
- The insurer is not eligible to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy. 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.
-)11(هيلع بضم هل نمؤم يلأ حاصفا جنومن بلط فكر شلل قحي لا هناف فقيتو لا ديدجتو هشط. لا نيماتلا فقيتو لا منعفاضا دنع ددجلا ديلاوملل يبط حاصفا جنومن بلط نيماتلا فكرشل قحي لا)1(
 -)3(
 - نمؤملا نع لادب عيقوتلاب لمعلا بحاص مايق ةيماظن معلع.)4(