

**Appendix to Document No. 15
(Unified Medical Declaration Form)**
**ملحق الوثيقة رقم 15
(نموذج الإفصاح الطبي الموحد)**
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.

نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير ولضمان حصولك وأفراد أسرتك إلى خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة.

Type: ☐ إضافة ☐ تجديد ☐ جديد ☐ نوع الطلب:
Policy / CR No: رقم الوثيقة / السجل التجاري: Employee Name: اسم الموظف:
Mobile No: رقم الجوال: Employee Name: اسم الموظف:

Gender: الجنس: Nationality: الجنسية: Marital status: الحالة الاجتماعية:
Single ☐ أعزب Married ☐ متزوج
Please declare any of below cases by marking ☒ under the word (Yes): يرجى الإفصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع إشارة ☒ في المربع تحت كلمة (نعم):
"Undeclared medical case may not be covered" لن تتم التغطية التأمينية في حال عدم الإفصاح أدناه:

No	Yes نعم	No لا	
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تنويمك بالمستشفى خلال آخر 12 شهر "registering as an admitted patient at the hospital until the following morning"
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: (التوحد - الأمراض السرطانية - الأورام الحميدة التالية (أورام الثدي - أورام الرحم الليفى - تضخم البروستاتا الحميد - أورام أو تضخم الغدة الدرقية و الجار درقية - أورام الكبد - أورام القولون) أمراض القلب التالية (أمراض شرايين القلب - فشل عضلة القلب - الرجفان القلبي - جلطات القلب) التهاب الكبدى الفيروسي المزمن - حصوات المرارة الفشل الكلوي الشديد (المرحلة الخامسة من أمراض الكلى - الترشيع الكلوي أقل من 10 مل / دقيقة - حصوات المسالك البولية - الصدفة - أمراض المناعة الذاتية (الذئبة الحمراء- التهاب المفاصل الروماتزمي - الصدفة - مرض كرونز - التهاب القولون التقرحي - تصلب اللويحي - حساسية القمح).
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط: الشلل الدماغي - اضطراب الخلايا المتحلبة - التاليميا - الهيموفيليا - أمراض التمثيل الغذائي - استسقاء الرأس - ضمور العضلات الشوكي - تشوهات الأعضاء التناسلية - أمراض الكروموسومات - مرض غوشر - مرض التكسر القولي - التليف الكيسي للرئة - مرض تكس الحديد (هيموكروماتوسيس) - مرض ويلسون - تكيس الكليتين الخلقى الوراثي.
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء - مياه زرقاء - أمراض الشبكية
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: التهالقي العظروفي المتوسط أو المتقدم (الديسك) انحراف العمود الفقري المتوسط أو المتقدم (سكوليوسيس) احتكاك المفاصل المتوسط أو المتقدم أو تمزق الأربطة
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	للإنتى الحامل فقط: حمل حالي جين 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 إضافتهم

(في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه):

م	اسم الموظف/ أفراد العائلة	الجنس	القرابة	رقم الهوية	الوزن «كيلو»	الطول «سم»	رقم الجوال	الحالة/التشخيص	اسم مقدم الخدمة
No.	Employee/Dependent Name	Gender	Relation	ID Number	Weight "KG"	Height "CM"	Mobile No.	Case/ Indication	Provider Name
1									
2									
3									
4									
5									
6									

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 (Tawuniya) 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 (Tawuniya) 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 (التعاونية) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر.
- أوافق على أحقية (التعاونية) 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 مؤمن له 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.
- عدم تعبئة بيانات الطول والوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة.

Entity Stamp	ختم جهة العمل	Employee Signature	توقيع الموظف	Date	التاريخ

- Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
- 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.
- If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
- The irregularity of the signature of the employer instead of the employee to avoid taking legal responsibility. Insurance company has the right to reject coverage of

- عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج إفصاح المؤمن له مضي عليه (11) أشهر
- لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج إفصاح طبي للمواليد الجدد عند إضافتهم على وثيقة التأمين الصحية السارية لنفس شركة التأمين ما لم تكن الأم على وثيقة تأمين أخرى .
- في حال الحاجة إضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد.
- عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلاً عن المؤمن له لتجنباً للمسؤولية القانونية.
- يجب لشركة التأمين رفض حالة عدم الإفصاح للعلة المتعلقة بالبيانات المذكورة بالنموذج

* 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.

ووفق لتصنيف الصادر عن مؤسسة نتائج أمراض الكلى ومبادرة الجودة.
جـ 6 كوب بزوايا أكثر من 10 درجات أو سكوليوميتر أكثر من 5 درجات.