

Unified Medical Declaration Form

نحوذج الافتتاح الطبي المودع

Dear Insured: Please fill out the form correctly for the purpose of pricing, and to ensure that you and your family receive required healthcare services 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.

Addition	<input type="checkbox"/> [إضافة ⁽²⁾]	New	<input type="checkbox"/> جديد	Type:			
Policy No. / CR:				رقم الوثيقة/ السجل التجاري:			
Mobile No.:				رقم الجوال:			
ID Number:				Employee Name:			
Gender: _____ الجنس: _____ Nationality: _____ الجنسية:				Marital Status:		<input type="checkbox"/> أعزب	<input type="checkbox"/> متزوج
Please declare any of the below medical conditions for your family by marking [✓] under the word (YES): "Undeclared medical case may not be covered"				<input type="checkbox"/> نعم Yes	<input type="checkbox"/> لا No	يرجى الإفصاح عن وجود أي من الحالات الطبية التالية لك أو لدى أفراد أسرتك أدناه بوضع إشارة [✓] في المربع تحت كلمة (نعم): "إن تم التغطية التامينية في حال عدم الفحص عن أدناه"	
1 Any hospital admission during the last 12 months? <small>*registering as an admitted patient at the hospital until the following morning*</small>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم التقويم بالمستشفى خلال آخر 12 شهراً *تسجيل المريض في المستشفى حتى صباح اليوم التالي*	
2 Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases limited to: Autism, listed Benign Tumor (Breast Tumors, Fibroid Uterus, Benign Prostatic Hyperplasia, Thyroid Goiter and Parathyroid Glands, Liver Tumors, Colon Tumors), Malignant tumors, listed Cardiac diseases (Coronary and Valve Heart Diseases, Heart Failure, Cardiac Fibrillation, Myocardial infarction) Heart Clots , Chronic Hepatitis C, Gallstones, Severe Kidney Failure (Stage 5, Clearance of Less than 15 ml/minute*), Urinary Tract Stones Hernias, Ulcerative Colitis, Crohn Disease, Rheumatoid Arthritis, Osteoarthritis, Multiple Sclerosis, Autoimmune Diseases (Lupus, Rheumatoid Arthritis, Psoriasis, Crohn's Disease, Ulcerative Colitis, Multiple Sclerosis, Hay fever)				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام السرطانية، الأورام الحميدة التالية (أورام الندي، أورام الليفي، تضخم البروستات المهدى أورام أو تضخم الغدة الدرقية والجارات الدracية، أورام الكبد، أورام القولون)، أمراض القلب التالية (أمراض شرايين القلب، فشل عضلة القلب، ارتفاع القلب، جلطات القلب)، انتهاك الكرببي الفيروسي المزمن ج (C)، حصوات المرارة، الفشل الكلوي الشديد (المدرسة الخامسة من أمراض الكلم، الترشيح الكلوي أقل من 50ml / دقيقة*)، حصوات المسالك البولية، فقط، أمراض المثانة الدائمة (الذئبة الحمراء، التهاب المفاصل الروماتيزمية، الصدفية، مرض كرون، التهاب القولون التقرحي، التصلب اللويدي، ساسية القدم)	
3 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, 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، اضطرابات المخيخة الالاتسية (الهيوبوتوك)، أمراض التمثال الغذائي، استنسقاء الرأس، حضور العظام الشوكية، شوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموموسومات، مرض عوشر، مرض التكسير الفولي (G6PD)، انتلief الكيسي للرئة، مرض تكدد الحديد (هيبيوكرومتوسپيس)، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقى الوراثي	
4 Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, and Retinal disease.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه زرقاء، أمراض الشبكية.	
5 Have you been diagnosed with any of the following bone diseases limited to: Vertebral disc prolapse (moderate or severe), Scoliosis (moderate or severe)**, or Ligament tears, osteoarthritis (moderate or severe)				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلاق الغضروف في المتوسط أو المتقزم (الديس)، انحراف العمود الفقري المتوسط أو المتقزم (سكوليوس)، احتكاك المفاصل المتوسط أو المتقزم أو تفرق الأربطة.	
6 Pregnant Females only: a) Current single pregnancy. b) Current single pregnancy with previous C-Section delivery. c) Current multiple pregnancy. d) Expected delivery date:				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	للأشريف الحامل فقط: (أ) حمل حالياً جنين واحد. (ب) حمل حالياً مع قبضرة سابقة. (ج) حمل حالياً متعدد الأجنحة. (د) 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⁽³⁾
(في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

Undertakings:

١. 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 (Al Rajhi Takaful) has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).

٢. I agree that (Al Rajhi Takaful) 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.

٣. 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.

٤. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

٥. أقر بالبيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملاً ومحبطة وإناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأن شركة (تكافل الراجحي) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتوبيخها بأي معلومات طيبة قد تناول إليها تقييم المخاطر.

٦. أتفق على أدقية (تكافل الراجحي) في رفض المطالبة أو التغطية كلياً عند عدم الفحص عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل تسجيل أو إضافة مؤمن له خلال متنة سريان العقد.

٧. أقر بالبيانات والمعلومات المذكورة أعلاه وإناء عليه فإن عدم إشارتي أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعني بمنابتها نفي وجود ما يستحق المصالحة عنه وإن عليه أوجه.

٨. عدم تعينة بيانات الطول والوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة.

Entity's Stamp: جهة العمل:

Employee Signature: توقيع الموظف: ^(٤)

Date: التاريخ:

(1) Upon renewal of the policy, the company shall not request a declaration form for any insured who has been in the past 11 months.

(أشهر).

(2) 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.

نَيْقَةُ التَّأْمِينِ الصَّدِيقِ السَّارِيَةُ لِنَفْسِ شَرِكَةٍ

(3) If you need to add more dependent, a new form is filled

(4) The irregularity of the signature of the employer instead

انواع

(4) The irregularity of the signature of the employer instead of the employee to avoid taking legal responsibility.
(5) Insurance company has the right to reject coverage of

* As per the Kidney Foundation Kidney Disease Outcomes Quality Initiative(KDOQI) Clinical Practice Guidelines for Hemodialysis and Peritoneal Dialysis, 2006.

** Scoliosis Cobb angle more than 10 degrees or Scoliometer more than 5 degree

[View Details](#)

Digitized by srujanika@gmail.com

សំណើរាយការណ៍ "សេចក្តី" នៃអតិថិជន

A "public" joint stock company, Under Saudi Central Bank Supervision and control, Capital: SAR 400,000,000

Main Office: 3485 - Ath Thumamah Rd, Ar Rabie Dist., Unit No. 25, Riyadh 13316 - 8450, Kingdom of Saudi Arabia, Tel.: +966 11 440 9666