

نموذج الافصاح الطبي الموحد

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.

نوع الطلب: ⁽¹⁾		Type:		جديد <input type="checkbox"/> New		إضافة <input type="checkbox"/> ⁽²⁾		Addition	
اسم المنشأة:		Entity Name:		رقم الوثيقة/ السجل التجاري:		Policy No. / CR:			
أسم الموظف:		Employee Name:		رقم الجوال:		Mobile No.:			
رقم الهوية:								ID Number:	
الحالة الاجتماعية:		متزوج <input type="checkbox"/> Married		أعزب <input type="checkbox"/> Single		الجنسية:		Nationality:	
						الجنس:		Gender:	
يرجى الإفصاح عن وجود أي من الحالات الطبية التالية لك أو لدى أفراد أسرتك أدناه بوضع [✓] في المربع تحت كلمة (نعم): "إن تتم التغطية التأمينية في حال عدم الإفصاح عن أدناه"		لا <input type="checkbox"/> No		نعم <input type="checkbox"/> Yes		Please declare any of the below medical conditions for your family by marking [✓] under the word (YES): "Undeclared medical case may not be covered"			
١	هل تم التنويم بالمستشفى خلال آخر ١٢ شهر؟ *تسجيل الشخص المؤمن له كمريض ممنوم في المستشفى حتى صباح اليوم التالي*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Any hospital admission during the last 12 months? **registering as an admitted patient at the hospital until the following morning"				
٢	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط : التوحد، الأورام السرطانية، الأورام الحميدة التالية (أورام الثدي، أورام الرحم الليفي، أورام البروستات الحميد، أورام أو تضخم الغدة الدرقية والجار الدرقية، أورام الكبد، أورام القولون)، أمراض القلب التالية (أمراض شرايين القلب، فشل عضلة القلب، الرجفان القلبي، جلطات القلب)، الالتهاب الكبدى الفيروسي المزمن ج (C)، حصوات المرارة، الفشل الكلوي الشديد (المرحلة الخامسة من أمراض الكلى، الترشيح الكلوي أقل من ١٥ مل / دقيقة *)، حصوات المسالك البولية، الفتق، أمراض المناعة الذاتية (الذئبة الحمراء، التهاب المفاصل الروماتيزمية، الصدفية، مرض كرونز، التهاب القولون التقرحي، التهاب اللويحي، حساسية القمح)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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 Goltter and Parathyroid Glands, Liver Tumors, Colon Tumors), Malignant tumors, listed Cardiac diseases (Coronary and Valve Heart Diseases, Heart Failure, Cardiac Fibrillation, Myocardial infraction) Heart Clots , Chronic Hepatitis C, Gallstones, Sever 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)				
٣	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجدية، التلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضور العناتل الشوكي، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكرس الفولي (G6PD)، الخلقف الكبسي للرتة، مرض تكدس الحديد (هيموكروماتوسيس)، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقف الوراثي	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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.				
٤	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط : مياه بياض، مياه زرقاء، أمراض الشبكية.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, and Retinal disease.				
٥	"هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلاق الغضروفي المتوسط أو المتقدم (الديسك)، انحراف العمود الفقري المتوسط أو المتقدم (سكوليوسيس)، احتكاك المفاصل المتوسط أو المتقدم أو تمزق الأربطة.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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)				
٦	للأنثى الحامل فقط: (أ) حمل حالي جين واحد. (ب) حمل حالي مع قيصرية سابقة. (ج) حمل حالي متعدد الأجنة. (د) تاريخ الولادة المتوقع:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pregnant Females only: a) Current single pregnancy. b) Current single pregnancy with previous C-Section delivery. c) Current multiple pregnancy. d) Expected delivery date:				

م	اسم الموظف/افراد العائلة	الجنس	القرابة	رقم الهوية	الوزن "كيلو"	الطول "سم"	رقم الجوال	الحالة / التشخيص	اسم مقدم الخدمة
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									

Undertakings: الإقرار والتفويض:

- | | |
|--|---|
| <p>1. 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).</p> <p>2. 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.</p> <p>3. 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.</p> <p>4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.</p> | <p>١. أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وبناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأن شركتي (تكاful الراجحي) لها الحق في الإتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر.</p> <p>٢. أوافق على أحقية (تكاful الراجحي) في رفض المطالبة أو التغطية كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل تسجيلي أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد.</p> <p>٣. أقر بأنني قد قرأت وفهمت جميع مجاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم إشارتي أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه وعليه أوقع.</p> <p>٤. عدم تعبئة بيانات الطول والوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة.</p> |
|--|---|

Entity's Stamp: ختم جهة العمل:	Employee Signature: ⁽⁴⁾ توقيع الموظف:	Date: التاريخ:
--------------------------------	--	----------------

<p>(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.</p> <p>(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.</p> <p>(3) If you need to add more dependent, a new form is filled.</p> <p>(4) The irregularity of the signature of the employer instead of the employee to avoid taking legal responsibility.</p> <p>(5) Insurance company has the right to request coverage of</p> <p>As per the Kidney Foundation Kidney Disease Outcomes Quality Initiative(KDOQI) Clinical Practice Guideline classification</p> <p>** Splanicis Kidney grade more than 10 degrees or Sclerometer more than 5 degree</p>	<p>(1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يجب للشركة طلب نموذج إقرار حال مؤمن له مضى عليه (11) أشهر.</p> <p>(2) لا يمكن للشركة طلب نموذج إقرار طبي للمواليد الجدد عند إضافتهم على وثيقة التأمين الصحي لشركة التأمين ما لم تكن الأم على وثيقة تأمين أخرى.</p> <p>(3) في حالة الحاجة لإضافة تابعين أكثر غير أمهات جديدة يجب</p> <p>(4) عدم نظامة قيام بعض الممثل للتوقيع بدلًا عن المؤمن له لتجنبًا للمسؤولية القانونية</p> <p>(5) يمكن للشركة التأمين فرض حالات عدم الإصلاص للعلة المتعلقة بالتأمين المدعومة بالمؤمخ</p> <p>وفقًا لتصنيف العاردر عن مؤسسة نتائج أمراض الكلى ومصادرة الدودة (KDOQI)</p> <p>** تصنيف كلى بزاوية أكثر من 10 درجات أو سكلوميتر أكثر من 5 درجات</p>
---	--

شركة مساهمة "عامّة" خاضعة لإشراف ورقابة البنك المركزي السعودي برأس مال: ٤٠٠,٠٠٠,٠٠٠ ريال سعودي
 المكتب الرئيسي : حي الربيع - طريق النخلة ٣٤٨٥٠, رقم الوحدة: ٢٥, الرياض ١٣٣١٦ - ٨٤٥٠, المملكة العربية السعودية, هاتف: ٩٦٦ ١١ ٤٤٠ ٩٦٦٦ +
 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
 alrahitakaful.com