

نموذج الإفصاح الطبي

Unified Medical Declaration Form

Dear Customer:

Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that your Employees receives health care services as required according to your unified policy benefit.

عزيزي المؤمن له:
نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسجيل ولضمان حصولك وأفراد أسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب مناقع الوثيقة الموحدة.

Type:	Addition <input type="checkbox"/> إضافة (2)	New <input type="checkbox"/> جديد	نوع الطلب (1)	
PolicyNo./ CR	رقم الوثيقة/ السجل التجاري:		اسم المنشأة:	
Mobile number:	رقم الجوال:		اسم الموظف:	
Gender:	Nationality:	الجنسية:	marital status:	الحالة الاجتماعية: married <input type="checkbox"/> متزوج single <input type="checkbox"/> أعزب
ID Number: <input type="text"/> رقم الهوية:				

Details of Medical History

Please declare any of below medical conditions for you and your family by marking ✓ under the word (Yes): "Undeclared medical case may not be covered"			No	نعم Yes	يرجى الإفصاح عن وجود أي من الحالات الطبية التالية لك أو لدى أفراد أسرتك أدناه بوضع إشارة ✓ في المربع تحت كلمة "نعم": لن تتم التغطية التأمينية في حال عدم الإفصاح أدناه"
1 Any hospital admission during the last 12 months? **registering as an admitted patient at the hospital until the following morning"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تسجيل الشخص بأي من المرضى المنوم في المستشفى خلال آخر ٢٤ ساعة؟ *تسجيل الشخص المؤمن له كمريض منوم في المستشفى حتى صباح اليوم التالي	1	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد - الأورام السرطانية - الأورام الحميدة التالية (أوام الثدي - أوام الرحم المخفي - نضخم البروستات الجنيني - نضخم الغدة الدرقية والحار الدرقية - أورام الكبد - أورام القولون) - أمراض القلب التالية (أمراض شرايين القلب - فخل عضلة القلب - الرجفان القلبي - جلطات القلب) - التهاب الكبد الفيروسي المزمن (C) - حصوات المرارة - العيش الكلوي - حصوات الملايين الشديد (المرحلة الخامسة من أمراض الكلى - الترشيح الكلوي أقل من ١٥ / دقيقة) - حصوات الملايين البولية - التهاب المثانة (الدورة الدخمرة، التهاب المفاصل الروماتومية، الصدفية، مرض كرون، التهاب القولون التقربي - التهاب الودي - حساسية الفم).
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, Crohns 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 (أوام الثدي - أوام الرحم المخفي - نضخم البروستات الجنيني - نضخم الغدة الدرقية والحار الدرقية - أورام الكبد - أورام القولون) - أمراض القلب التالية (أمراض شرايين القلب - فخل عضلة القلب - الرجفان القلبي - جلطات القلب) - التهاب الكبد الفيروسي المزمن (C) - حصوات المرارة - العيش الكلوي - حصوات الملايين الشديد (المرحلة الخامسة من أمراض الكلى - الترشيح الكلوي أقل من ١٥ / دقيقة) - حصوات الملايين البولية - التهاب المثانة (الدورة الدخمرة، التهاب المفاصل الروماتومية، الصدفية، مرض كرون، التهاب القولون التقربي - التهاب الودي - حساسية الفم).	2	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط: الشتال الدماغي - اضطرابات الحدابا المتجلبة - التلاسيمية - أمراض التمثيل الغذائي - استئناف الرأس - ضمور العضلات الشوكية - تشوهات الأعضاء التناسلية - أمراض الكروموسومات - مرض هوشر - مرض التكسير الغولجي (G6PD) - العذيب الكيسي للرئة - مرض تكددس الكليد (هيبيوكروماليوسبيس) - مرض ويسون - تكيس الكلبيين الخلفي الوراثي.
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 Diseases.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: متباين ب陛اء - مياه زقاء - أمراض الشبكية.	4	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزال الغضروف في المتوسط أو المتقدم (الديسك) - انحراف العمود الفقري المتوسط أو المتقدم، * (سكوليوسنس) - احتكاك المفاصل المتوسط أو المتقدم أو متزق الأربطة.
4 Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma and Retinal diseases.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: متباين ب陛اء - مياه زقاء - أمراض الشبكية.	5	للأنثى الحامل فقط: حمل حالي جنين واحد. حمل حالي مع قبرصية سارقة. حمل حالي متعدد الأجنة. حمل حالي متعدد الأجنة. تاريخ الولادة المتوقع:
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: الإنزال الغضروف في المتوسط أو المتقدم (الديسك) - انحراف العمود الفقري المتوسط أو المتقدم، * (سكوليوسنس) - احتكاك المفاصل المتوسط أو المتقدم أو متزق الأربطة.	6	
6 Pregnant Females only: Current single pregnancy. Current single pregnancy with previous CS delivery. Current multiple pregnancy. Expected delivery date:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

بيانات الموظف وأفراد العائلة المراد إضافتهم (3)
(في حالة الإيجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة	الحالة / التشخيص	رقم الجوال	الطول	الوزن	رقم الهوية	رقم القرابة	صلة القرابة	الجنس	اسم الموظف / أفراد العائلة
Provider Name	Indication/Case	Mobile No.	Height	Weight	ID Number	Relation	Gender	Employee / Dependent Name	
									1
									2
									3
									4
									5

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 AL-Jazira Taawuni Insurance Company 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 AL-Jazira Taawuni Insurance Company 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 bases.
- Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

- أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وبناءً عليه فإن قبول الشركة طلب إفصاح أي مؤمن له مضى عليه (٦) أشهر.
- شركة الجزيرة تكافل تعطيها حقاً تأمينياً على أي مرض يحصل لها في الأصل بالمستشفيات التي أتاحت لها ذلك بها بأى معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقديم العلاج.
- أوافق على أحقي شركتي الجزيرة بتحاليف تعطوني في رفض المطالبة أو التغطية كلها عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أدناه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل تسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد.
- أقر بأني قد قرأت وفهمت جميع ماجاء في هذا聲明 وجاء في هذا聲明 كما أتعهد بأن عدم إشارتي لأهم أي من الحالات المذكورة أعلاه يعني بيتهناني بوجود ماسنثيق الإفصاح عنه وعليه أؤق.
- عدم تعبئة نفي وجود ماسنثيق الإفصاح إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة.

Entity's stamp	ختم جهة العمل	Employee Signature (4)	توقيع الموظف (4)	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.
- It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.
- By signing this form, the insurance company has the right to reject coverage of
- * 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.

- عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج إفصاح لأي مؤمن له مضى عليه (٦) أشهر.
- التأمين ما تذكر أعلاه على وثيقة تأمين على وثيقة تأمين آخر.
- في حال الحاجة لإضافة تأمينين أكثر يتم تعبيء نموذج جديد.
- عدم تغطية الشركة التأمين رغم إلزامه عدم إفصاحه بالليلة التالية بالبنوك المذكورة بالنموذج، وفقاً للتصنيف الصادر عن مؤسسة تنام ماجد الكلوي والكلوي (KDOQI)، يتوقف كوب زبائن آخر من درجات أو سكوليوميتر أكثر من ٥ درجات.