

نموذج إفصاح طبي

Medical Declaration Form



Declaration Date: / / 20

تاريخ الإفصاح: / / ٢٠

Part 1: Type

القسم: نوع الطب

Addition إضافة Renew تجديد New جديد

Part 2: Details

القسم ٢: تفاصيل

Company Name: _____ إسم المنشأة: CR No.: _____ رقم السجل التجاري:

رقم الملف MR No.	اسم المستشفى Hospital Name	رقم الحالة المفصَح عنها Condition No.	تاريخ إنتهاء الهوية ID Expiry Date	رقم الهوية ID No.	اسم الموظف كما يظهر بالبطاقة Employee name as it appears on ID

Please declare any of below cases by marking ✓ in appropriate box: يرجى الإفصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع إشارة ✓ في المربع المارادف:

	No / لا	Yes / نعم	
1. Any hospital admission during the last 12 months.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	١. هل تم التويز بالمستشفى خلال آخر ١٢ شهر؟
2. Do you have chronic disease limited to: Benign Tumor, Cancer, Heart Disease, Chronic Hepatitis, Gallstones, Kidney Failure, Urinary Tract Stones, Thyroid Goiter, Cysts, Fibroid Uterus, Hernias, Autoimmune Diseases or Multiple Sclerosis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	٢. هل لديك أي من الأمراض المزمنة التالية فقط: الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، الإنتهاب الكبدى الفيروسي المزمن، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد؟
3. Do you have congenital disorders or hereditary diseases. (Diseases that affect the individual during fetal life or diseases resulting from genetic defect or disorder or transmitted from one generation to another?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	٣. هل لديك أي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية (الأمراض التي تصيب الفرد أثناء المرحلة الجنينية أو الأمراض الناتجة عن خلل أو اضطراب الجينات أو المنقولة من جيل إلى آخر)؟
4. Do you have eye disease limited to: Cataract, Glaucoma, Corneal Disease or Retinal Disease?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	٤. هل لديك أي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية؟
5. Do you have bone disease limited to: Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	٥. هل لديك أي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلاق، الغضروفي (الديسك)، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة؟
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"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	٦. للأنثى الحامل فقط: حمل حالي جنين واحد. حمل حالي مع قيصرية سابقة. حمل حالي متعدد الأجنة. تاريخ الولادة المتوقع:

Dependents Details

تفاصيل التابعين

رقم الملف MR No.	اسم المستشفى Hospital Name	رقم الحالة المفصَح عنها Condition No.	رقم الهوية ID#	صلة القرابة Relationship	الجنس Gender	إسم التابع Dependent Name

Note: Please attach a recent medical reports for each condition.

ملاحظة: الرجاء إرفاق كافة التقارير الطبية لكل حالة.

We attest that the insured employee personally filled-out this form and signed it on his/her own behalf and on behalf of his/her dependents. If it is proved otherwise, we will be held responsible for all the financial costs and damages resulting from this.

نشهد بقيام المؤمن له بتعبئة نموذج الإفصاح والتوقيع أصالة عن نفسه ونيابة عن أفراد أسرته، ونتعهد في حال بؤت خلاف ذلك بمسؤوليتنا بتحمل جميع الأضرار والتكاليف المالية الناتجة عن ذلك.

This declaration has been issued in both Arabic and English. In the event of discrepancy in the interpretation of the two texts, the Arabic text prevails.

صدر هذا النموذج باللغتين العربية والإنجليزية، وعند اختلاف النص بينهما فيعتمد النص باللغة العربية.

In case of a "Yes" answer on any case

في حال الإجابة بنعم على أي حالة

Entity	جهة العمل	Stamp	الختم	Employee Signature	توقيع الموظف
GS Name: _____	اسم مسئول التأمين:				
Signature: _____	التوقيع:				