

Unified Medical Declaration Form

جزمين خاصنلا بيطلا دعوملا

Dear Insured:

Please fill out the form correctly for the purpose of pricing and to insure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.

بزيوع نعوملا هل: لمن كمابق تيعتب اده جذوملا لكشلاب حيحصلا ضرر عل ويصنلا نامضو كلوصح دارفانو كتر ما بلع تامدخ قبا هر لا تيجحصلا لكشلاب بولمضلا مسح عقانه فقثيو لا تدوملا

Type: Addition قاضيا New نديج عون بيطلا!

Policy No./ICR: مقر فقثيو لا ليجسلا براجنلا: Entity name: Bayouni Security Solution Est مسا فاشنملا:

Mobile: 0572889826 مقر لاوجلا: Employee name: Syed Inayat Ali مسا فظوملا:

ID No.: 2 4 1 2 7 9 1 5 0 7 مقر قيوهلا:

Gender: Male جنسلا: Nationality: قيسنجل: Marital status: Married جوزتم Single بزعا لاجلا تيعماجنلا:

Please declare any of below cases by marking under the word (Yes): يجر ي حاضر فلا نع دوجو يا تم تلا امل هاندأ عيوضوب قرائلا يف عبر مل تحت قملك (معين):

No	Yes	معن	No	Yes	معن
1	<input checked="" type="checkbox"/>	لهمت ميونتلا نفتمست ملاب للاخر 12 رهش	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	لهمت ميونتلا نفتمست ملاب للاخر 12 رهش
2	<input checked="" type="checkbox"/>	لهمت ميونتلا نفتمست ملاب للاخر 12 رهش	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	لهمت ميونتلا نفتمست ملاب للاخر 12 رهش
3	<input checked="" type="checkbox"/>	لهمت ميونتلا نفتمست ملاب للاخر 12 رهش	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	لهمت ميونتلا نفتمست ملاب للاخر 12 رهش
4	<input checked="" type="checkbox"/>	لهمت ميونتلا نفتمست ملاب للاخر 12 رهش	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	لهمت ميونتلا نفتمست ملاب للاخر 12 رهش
5	<input checked="" type="checkbox"/>	لهمت ميونتلا نفتمست ملاب للاخر 12 رهش	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	لهمت ميونتلا نفتمست ملاب للاخر 12 رهش
6	<input checked="" type="checkbox"/>	لهمت ميونتلا نفتمست ملاب للاخر 12 رهش	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	لهمت ميونتلا نفتمست ملاب للاخر 12 رهش

Employee and dependent's details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below): تان اييب فظومل ادار فساو قبا اي ادار مل ايجتياض ا: (يف فراج قيسنجل: معين: ايجراو راند قبا يف لودجل: مسا)

م	مسا فظوملا/ادار فاشنملا	سنجلا	قيرقلا	مقر قيوهلا	نزولا	لوطلا	مقر لاوجلا	لاجلا	مسا مقدم قمتقلا
	Employee/Dependent Name	Gender	Relation	ID Number	Weight	Height	Mobile No.	Case	Provider Name
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									

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) ideal with to collect any medical information needed to assess the risks.
- 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 cases 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.

Entity's Stamp: Bayouni Security Solutions Est. Employee Signature: Syed Inayat Ali. Date: 24/11/2020.

1. User must fill out the policy; the insurer shall not require a medical declaration form from any insured who has been insured before. 2. The insured must fill out the medical declaration form for new births when they are added to existing health insurance. 3. If you need to add more dependents, a new medical declaration form shall be filled. 4. It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

Unified Medical Declaration Form

نموذج الإفصاح الطبي الموحد

Dear Insured:

Please fill out the form correctly for the purpose of pricing and to insure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.

عزيزي المؤمن له:

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

Type: Addition إضافة ² New جديد نوع الطلب ¹

Policy No. \CR: رقم الوثيقة/السجل التجاري Entity name: **BAYOUNI SECURITY SOLUTIONS Est** اسم المؤسسة

Mobile: **0565943769** رقم الجوال Employee name: **Saeed Shaker Saeed Alqattan** اسم الموظف

ID No.: **1106538414** رقم الهوية

Gender: **MALE** الجنس Nationality: **Saudi** الجنسية Marital status: Married متزوج Single أعزب الحالة الاجتماعية

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):

No	Yes نعم	No لا	البيان
1	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم التنبؤ بالمستشفى خلال آخر 12 شهر؟
2	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، التهاب الكبد الفيروسي المزمن، سبي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التخيلات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد؟
3	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط: التثلث الدماغي، اضطراب الخلايا المنحلية، التلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأضغاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشنر، مرض التكسير القولي، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقية الوراثية؟
4	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية؟
5	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الانزلاق الغضروفي (الديسك)، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة؟
6	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	للإنتي الحامل فقط: حمل حالي جنين واحد، حمل حالي مع قيصرية سابقة، حمل حالي متعدد الأجنة، تاريخ الولادة المتوقع:

Employee and dependent's 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، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

م	اسم الموظف/أفراد العائلة Employee/Dependent Name	الجنس Gender	القرابة Relation	رقم الهوية ID Number	الوزن Weight	الطول Height	رقم الجوال Mobile No.	الحالة case	اسم مقدم الخدمة Provider Name
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									

الإقرار والتفويض:

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 Tawuniya has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
أقر بأن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وبناءً عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأن التعاونية لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي تتعامل معها لتزودها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر.

2. 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.
أوافق على أن حقبة التعاونية في رفض المطالبة أو التغطية كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي تسبقت قبل تاريخ التعاقد أو قبل تسجيل أو إضافة مؤس له خلال فترة سريان التعاقد.

3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case as understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
أقر بأنني قد قرأت وفهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما اتعهد بأن عدم إشارتي أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه بحسب متطلباته يعني وجود ما يستحق الإفصاح عنه وعليه أوقع.

4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.
عدم تعبئة بيانات الطول والوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة.

Entity's Stamp: **تتم خدمة العمل** Employee Signature: **Saeed Shaker** Date: **25/11/2020**

1. Upon the receipt of the policy, the insurer shall not request a medical declaration form from any insured who has been insured for 12 months.
2. The insurer is not eligible to request a medical declaration form for new borns when they are added to existing health insurance policy.
3. If you need to add more dependents, an additional form shall be filled.
4. It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

Unified Medical Declaration Form

نموذج الإفصاح الطبي الموحد

Dear Insured:

Please fill out the form correctly for the purpose of pricing and to insure that you and your family receive health care services as required 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.

Type: Addition إضافة New جديد نوع الطلب

Policy No./ACR: رقم الوثيقة/السجل التجاري: Entity name: **BAYOUNI SECURITY SOLUTIONS EST** اسم الشركة

Mobile: **0565943769** رقم الجوال Employee name: **NAWAF SAIED AL-HAMAD** اسم الموظف

ID No.: **1114040494** رقم الهوية

Gender: **MALE** Nationality: **Saudi** Marital status: Married متزوج Single أعزب الحالة الاجتماعية

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).

No	Yes نعم	No لا	Question
1	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم التنويم بالمستشفى خلال آخر 12 شهر؟
2	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد. الأورام الحميدة. السرطان. أمراض القلب، التهاب الكبد الفيروسي المزمن سبي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التخثرات، ورم ليفي بالرحم، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد؟
3	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط: الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنحلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشن، مرض التكتير الفولي، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكلى، الخلقية الوراثية؟
4	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه رفاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية؟
5	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الأرتراز، العنقودي، (الديسك)، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة؟
6	Yes نعم	No لا	للإناث الحامل فقط: حمل حالي جين واحد. حمل حالي مع قيصرية سابقة. حمل حالي متعدد الأجنة. تاريخ الولادة المتوقع:

Employee and dependent's 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 إجابة نعم، اذكر الحالة في الجدول أدناه)

م	اسم الموظف/أفراد العائلة Employee/Dependent Name	الجنس Gender	القرابة Relation	رقم الهوية ID Number	الوزن Weight	الطول Height	رقم الجوال Mobile No.	الحالة case	اسم مقدم الخدمة Provider Name
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									

الإقرار والتفويض:

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 Tawuniya has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وبناءً عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأن التعاونية لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي تتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر.

2. 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.
أوافق على أن تعاونية التأمينية في رفض المطالبات 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.

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.
أقر بأنني قد قرأت وفهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم إشارتي أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة تعمي وجود ما يستحق الإفصاح عنه وعليه أوقع.

4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.
عدم تعبئة بيانات الوزن والطول والوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحاة السمنة المفرطة.

Employee's Stamp: ختم جهة العمل (تحت إشراف بائني للخدمات المالية والتأمينية - رقم الهاتف: ٢٠٥١-٢٨٨٢١ - رقم الجوال: ٢٠٥١-٢٨٨٢١-٢٨٨٢١)

Employee Signature: **NAWAF, S. A.** توقيع الموظف

Date: **25/11/2020** التاريخ

1. Upon the renewal of the policy, the insured shall not request a declaration form from any insured who has been insured for (11) months.
2. The Insurer is not obliged to request a medical declaration form for new policy when they are added to existing health insurance policy.
3. If you need to add more dependents in addition to your family benefit.
4. It is illegal to sign this form by the Employer instead of the employee.

Unified Medical Declaration Form

نموذج الإفصاح الطبي الموحد

Dear Insured:

Please fill out the form correctly for the purpose of pricing and to insure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.

عزيزي المؤمن له:

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

Type: Addition إضافة New جديد نوع الطلب:

Policy No./ACR: رقم الوثيقة/السجل التجاري Entity name: BAYANI Security Solutions EST

Mobile: 0565943769 رقم الجوال Employee name: MOHAMMAD MOHAMMAD FAGER

ID No.: 2042724959 رقم الهوية

Gender: MALE Nationality: Sudanese Marital status: Married متزوج Single أعزب الحالة الاجتماعية:

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):

No	Yes نعم	No لا	البيان								
1	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم التنويم بالمستشفى خلال آخر 12 شهراً؟								
2	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، التهاب الكبد الفيروسي المزمن، سبى، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التخيمات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصبب المتعدد؟								
3	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط: الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنطوية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأضغاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشير، مرض التخيسر القولي، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقية الوراثية؟								
4	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية؟								
5	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الأرتراق، التخرقوقي (الديسك)، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة؟								
6	<table border="1"> <thead> <tr> <th>No لا</th> <th>Yes نعم</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		No لا	Yes نعم	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>للأنثى الحامل فقط:</p> <p>حمل حالي جنين واحد.</p> <p>حمل حالي مع قيصرية سابقة.</p> <p>حمل حالي متعدد الأجنة.</p> <p>تاريخ الولادة المتوقع:</p>
No لا	Yes نعم										
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										

Employee and dependent's 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، ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف/أفراد العائلة Employee/Dependent Name	رقم No
									1
									2
									3
									4
									5
									6
									7

الإقرار والتفويض 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.

1. 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.

2. 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.

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

Employee Signature: Mohammad Fager Date: 25/11/2020

1. Upon the initial of the policy, the insurer shall not request a declaration form from any insured who has been insured for (1) months.

2. The insurer is not entitled to request a medical declaration form for new boys when they are added to existing health insurance policy.

3. If you need to add more dependents, an additional form shall be filled.

4. It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

Unified Medical Declaration Form

نموذج الإفصاح الطبي الموحد

Dear Insured:

Please fill out the form correctly for the purpose of pricing and to insure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.

عزيزي المؤمن له:

تأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير ولضمان حصولك وأفراد أسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب مبادئ الوثيقة الموحدة.

Type: Addition إضافة New نوع الطلب: جديد

Policy No./RCR: رقم الوثيقة/السجل التجاري Entity name: BAYOUNI SECURITY SOLUTIONS EST

Mobile: 0565943769 رقم الجوال Employee name: ARJUN HARSHAN KARTHIKEYAN

ID No.: 2366439186 رقم الهوية

Gender: MALE الجنس: Nationality: INDIA الجنسية: Marital status: Married متزوج Single أعزب الحالة الاجتماعية:

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):

No	Yes نعم	No لا	Question
1	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم التنويم بالمستشفى خلال آخر 12 شهر؟
2	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، التهاب الكبد الفيروسي المزمن، سبي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التخبيسات، ورم ليفي بالرحم، الفئق، أمراض المناعة الذاتية أو التصبب المتعدد؟
3	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط: الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنطوية، التلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكسير القولي، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقية الوراثية؟
4	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية؟
5	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الأرتراز، الغضروفي (الديسك)، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة؟
6	No لا <input checked="" type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Expected delivery date: / /		6 للأنثى الحامل فقط: حمل حالي جين واحد. حمل حالي مع قيصرية سابقة. حمل حالي متعدد الأجنة. تاريخ الولادة المتوقع:

Employee and dependent's 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 بـ نعم، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	العلاقة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف/أفراد العائلة Employee/Dependent Name	رقم No
									1
									2
									3
									4
									5
									6
									7

Undertakings:

الإقرار والتفويض:

- 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.

- أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وبناءً عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأن التعاونية لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي تتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر.
- أوافق على أذعية 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 مؤس له دلال فبيرة سريانه التعهد.
- أقر بأنني قد قرأت وفهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم إشارتي أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة تعمي وجود ما يستحق الإفصاح عنه وعليه أوقع.
- عدم تعبئة بيانات الطول والوزن سيؤدي إلى رفض تغطية عملية جراحية السمنة المقيطة.

Entity's Stamp: C.R 2051028837 Employee Signature: Arjun H. Date: 25/11/2020

1. Upon the expiry of the policy, the insurer shall not request a declaration form from any insured who has been insured for 10 years.
 2. The insurer is not liable to request a medical declaration form for new forms when they are added to existing health insurance policy.
 3. If you need to add more dependents, an additional form shall be filled.
 4. It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

Unified Medical Declaration Form

نموذج الإفصاح الطبي الموحد

Dear Insured:

Please fill out the form correctly for the purpose of pricing and to insure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.

عزيزي المؤمن له:

تأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير ولضمان حصولك وأفراد أسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب مبادئ الوثيقة الموحدة.

Type: Addition إضافة New جديد نوع الطلب:

Policy No./ICR: رقم الوثيقة/السجل التجاري Entity name: **BAYONNI SECURITY SOLUTIONS** شركة بايونني

Mobile: **0565943769** رقم الجوال Employee name: **MD KHURSHAD ALAM** اسم الموظف:

ID No: **2451089961** رقم الهوية:

Gender: **MALE** Nationality: **Bangladesh** Marital status: Married متزوج Single أعزب الحالة الاجتماعية:

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):

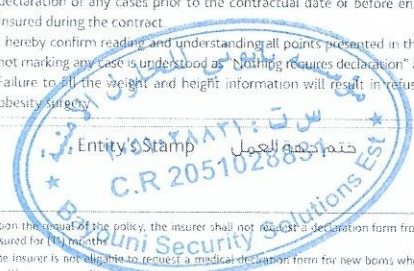
No	Yes نعم	No لا	Arabic Description	English Description
1	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم انتبؤبم بالمستشفى خلال آخر 12 شهر؟	1 Any hospital admission during the last 12 months ?
2	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: الأورام الحميدة، البسرطان، أمراض القلب، التهاب الكبد، الفيروسى المزمن، سبى، حصوات المرارة، الفشل الكلوى، حصوات المسالك البولية، تضخم العدة الدرقية، التخبيسات، ورم ليفى بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد؟	2 Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases limited to: Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, Thyroid goiter, Cysts, Fibroid uterus, Hernias, Autoimmune diseases or Multiple sclerosis ?
3	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط: التشلل الدماغى، اضطراب الخلايا المنخلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل العذائى، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكى، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشنر، مرض التكسير القولى، التليف الكيسى، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكلىتين الخلقى الوراثى؟	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, C6PD Deficiency, systic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease ?
4	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية؟	4 Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases ?
5	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الأرتراى، الغضروفى، (الدبىسك)، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة؟	5 Have you been diagnosed with any of the following bone diseases limited to: Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears ?
6	No لا <input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		للأنثى الحامل فقط: حمل حالى جئين واحد، حمل حالى مع لىضرية سابقة، حمل حالى متعدد الأجنة، تاريخ الولادة المتوقع:	6 Pregnant Females only: Current single pregnancy. Current single pregnancy with previous CS delivery. Current multiple pregnancy. Expected delivery date:

Employee and dependent's 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 (فى حالة الإجابة بنعم، الرجاء دهر الحالة فى الجدول أدناه)

رقم	اسم الموظف/أفراد العائلة	الجنس	القرابة	رقم الهوية	الوزن	الطول	رقم الجوال	الحالة	اسم مقدم الخدمة
№	Employee/Dependent Name	Gender	Relation	ID Number	Weight	Height	Mobile No.	case	Provider Name
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									

الإقرار والتفويض: 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.



Employee Signature: **M. Khurshad Alam** توقيع الموظف: **M. Khurshad Alam**
Date: **25/1/2020** التاريخ:

1. Upon the request of the policy, the insurer shall not request a declaration form from any insured who has been insured for 10 months.
2. The insurer is not eligible to request a medical declaration form for new borns when they are added to existing health insurance policy.
3. If you need to add more dependents, an additional form shall be filled.
4. It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

Unified Medical Declaration Form

نموذج الإفصاح الطبي الموحد

Dear Insured:

Please fill out the form correctly for the purpose of pricing and to insure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.

عزيزي المؤمن له:

تأمل فيملأك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير ولضمان حصولك وأفراد أسرته على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة.

Type: Addition إضافة New جديد نوع الطلب:

Policy No./ACR: رقم الوثيقة/السجل التجاري: Entity name: BAYUNI SECURITY SOLUTION EST اسم المتأمن

Mobile: 0565943769 رقم الجوال Employee name: MOHAMMAD RAHMAN اسم الموظف

ID No.: 2444591909 رقم الهوية

Gender: MALE الجنس: Male Nationality: Bangladesh الجنسية: Bangladeshi Marital status: Married متزوج Single أعزب الحالة الاجتماعية:

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):

No	Yes نعم	No لا	Arabic Description	English Description
1	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم التنويم بالمستشفى خلال آخر 12 شهر؟	Any hospital admission during the last 12 months?
2	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، التهاب الكبد الفيروسي المزمن، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد؟	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases limited to: Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, Thyroid goiter, Cysts, Fibroid uterus, Hernias, Autoimmune diseases or Multiple sclerosis?
3	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط: الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأضواء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التفسير الفولي، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقية الوراثية؟	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, systic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease?
4	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بياض، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية؟	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases?
5	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الأترق، الصدري، (الديسك)، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة؟	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases limited to: Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears?
6	Pregnant Females only:		هل أنتي الحامل فقط:	Pregnant Females only:
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	حامل حالي جنين واحد.	Current single pregnancy.
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	حامل حالي مع قيصرية سابقة.	Current single pregnancy with previous CS delivery.
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	حامل حالي متعدد الأجنة.	Current multiple pregnancy.
	Expected delivery date:		تاريخ الولادة المتوقع:	Expected delivery date:

Employee and dependent's 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، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

No	اسم الموظف/أفراد العائلة Employee/Dependent Name	الجنس Gender	العلاقة Relation	رقم الهوية ID Number	الوزن Weight	الطول Height	رقم الجوال Mobile No.	الحالة case	اسم مقدم الخدمة Provider Name
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									

الإقرار والتفويض: 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.

Entity's Stamp: BAYUNI SECURITY SOLUTIONS EST C.R 205102583
Employee Signature: M. Rahman
Date: 25/11/2020

1. Upon the expiry of the policy, the insurer shall not request a declaration form from any insured who has been insured for 12 months.
2. The insurer is not able to request a medical declaration form for new borns when they are added to existing health insurance policy.
3. If you need to add more dependents, an additional form shall be filled.
4. It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

Unified Medical Declaration Form

نموذج الإفصاح الطبي الموحد

Dear Insured:

Please fill out the form correctly for the purpose of pricing and to insure that you and your family receive health care services as required 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 مبالغ الوثيقة الموحدة.

Type: Addition إضافة New جديد نوع الطلب!

Policy No \CR: رقم الوثيقة/السجل التجاري: Entity name: **BAYOUNI SECURITY SOLUTIONS EST** اسم المؤسسة

Mobile: **0565943767** رقم الجوال: Employee name: **JEWEL MOHAMAD DULAH** اسم الموظف

ID No.: **2 2 4 8 4 3 8 9 4 3** رقم الهوية:

Gender: **MALE** الجنس: Nationality: **Bangladesh** الجنسية: Marital status: Married متزوج Single أعزب الحالة الاجتماعية:

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):

No	Yes نعم	No لا	English Question	Arabic Question
1	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Any hospital admission during the last 12 months ?	هل تم التنويم بالمستشفى خلال آخر 12 شهراً ؟
2	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases limited to: Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, Thyroid goiter, Cysts, Fibroid uterus, Hernias, Autoimmune diseases or Multiple sclerosis ?	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، التهاب الكبد الفيروسي المزمن، سني، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد ؟
3	<input type="checkbox"/>	<input checked="" 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 ?	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط: الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنحلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ظهور العضلات النشوءية، تشوهات الأوعية التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشير، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقية الوراثية ؟
4	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases ?	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه ررقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية ؟
5	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases limited to: Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears ?	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الانزلاق الغضروفي، (الدبلك)، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة ؟
6	Pregnant Females only:		للأنثى الحامل فقط:	
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Current single pregnancy.	حمل حالي جنين واحد.
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Current single pregnancy with previous CS delivery.	حمل حالي مع قيصرية سابقة.
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Current multiple pregnancy.	حمل حالي متعدد الأجنة.
	Expected delivery date:		تاريخ الولادة المتوقع:	

Employee and dependent's 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، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه):

م	اسم الموظف/أفراد العائلة	الجنس	العلاقة	رقم الهوية	الوزن	الطول	رقم الجوال	الحالة	اسم مقدم الخدمة
Employee/Dependent Name	Gender	Relation	ID Number	Weight	Height	Mobile No.	case	Provider Name	
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									

الإقرار والتفويض:

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

2. 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.

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.

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

1. أقر ان البيانات والمعلومات المدكورة أعلاه كاملة وصحيحة وبنيت عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وازن التعاونية لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي تتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر.

2. أوافق على أحقية التعاونية في رفض المخالفة أو التغطية كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المدكورة أعلاه انتي لثبات قبل تاريخ التعاقد أو قبل تسجيل أو إضافة موسى له خلال فترة سريان العقد.

3. أقر بانني قد قرأت وفهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما اتعهد بأن عدم إنشائي أمام أي من الحالات المدكورة أعلاه يعتبر بمثابة تعمي وجود ما يستحق الإفصاح عنه وعليه أوقع.

4. عدم تعبئة بيانات الطول والوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة.

Entity's Stamp: **BAYOUNI SECURITY SOLUTIONS EST** رقم جهة العمل: **C.R 20510259024**

Employee Signature: **JEWEL Dulah** توقيع الموظف

Date: **29/11/2020** التاريخ

1. Upon the renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form from any insured who has been insured for 10 months.

2. The insurer is not eligible to request a medical declaration form for new beneficiaries when they are added to existing health insurance policy.

3. If you need to add more dependents, an additional form shall be filled.

4. It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

Unified Medical Declaration Form

نموذج الإفصاح الطبي الموحد

Dear Insured:

Please fill out the form correctly for the purpose of pricing and to insure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.

عزيزي المؤمن له:

يأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير ولضمان حصولك وأفراد أسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب مبالغ الوثيقة الموحدة.

Type: Addition إضافة New جديد نوع الطلب !

Policy No./CR: رقم الوثيقة/السجل التجاري Entity name: **BAYOUMI SECURITY SOLUTIONS EST** اسم الشركة

Mobile: **0565943769** رقم الجوال Employee name: **SUMON MIHA** اسم الموظف

ID No.: **2455918710** رقم الهوية

Gender: **MALE** الجنس Nationality: **Bangladesh** الجنسية Marital status: Married متزوج Single أعزب الحالة الاجتماعية

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)

No	Yes نعم	No لا	Arabic Description	English Description
1	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم التقييم بالمستشفى خلال آخر 12 شهر؟	Any hospital admission during the last 12 months?
2	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، التهاب الحدي الفيروسي المزمن، سبي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التخسيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد؟	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases limited to: Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, Thyroid goiter, Cysts, Fibroid uterus, Hernias, Autoimmune diseases or Multiple sclerosis?
3	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط: الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنخلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأضغاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشنر، مرض التكسير القولي، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقية الوراثية؟	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, systic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease?
4	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية؟	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases?
5	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الأرتراي، الخشخشي (الديسك)، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة؟	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases limited to: Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears?
6	No <input checked="" type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Expected delivery date: / /		للأنثى الحامل فقط: حمل حالي جنين واحد. حمل حالي مع قيصرية سابقة. حمل حالي متعدد الأجنة. تاريخ الولادة المتوقع:	Pregnant Females only: Current single pregnancy. Current single pregnancy with previous CS delivery. Current multiple pregnancy. Expected delivery date:

Employee and dependent's 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، الرجاء دكر الحالة في الجدول أدناه)

م	اسم الموظف/أفراد العائلة	الجنس	العلاقة	رقم الهوية	الوزن	الطول	رقم الجوال	الحالة	اسم مقدم الخدمة
1	Employee/Dependent Name	Gender	Relation	ID Number	Weight	Height	Mobile No.	case	Provider Name
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									

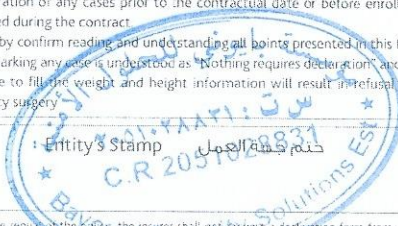
الإقرار والتفويض:

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 Tawuniya has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة ودنأ عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأن التعاونية لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر.

2. 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.
أوافق على أحقية التعاونية في رفض المخالفة أو التغطية كلاً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل تسجيل أو إضافة مؤس له خلال فترة سريان العقد.

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.
أقر بأنني قد قرأت وفهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم إشارتي أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة تعني بوجود ما يستحق الإفصاح عنه وعليه أوقع.

4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.
عدم تعبئة بيانات الطول والوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحاة السمنة المفرطة.



Entity's Stamp: **Bayoumi Security Solutions Est. C.R. 2051028831** ختم شركة العمل

Employee Signature: **Sumon Miha** توقيع الموظف

Date: **24/11/2020** التاريخ

1. Upon the renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form from any insured who has been insured for (11) months.
2. The insurer is not eligible to request a medical declaration form for new brains when they are added to existing health insurance policy.
3. If you need to add more dependents, an additional form shall be filled.
4. It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

1. عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق لشركة طلب نموذج الإفصاح الطبي من أي مؤمن له مرضي عليه (11) أشهر.
2. لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج الإفصاح الطبي للمواليد الجدد عند إضافتهم على وثيقة التأمين الصحي القائمة.
3. في حال الحاجة لإضافة تأمين آخر يتم تعبئة نموذج جديد.
4. عدم تعبئة نموذج الإفصاح الطبي بالثقة بدلاً عن المؤمن له.

Unified Medical Declaration Form

نموذج الإفصاح الطبي الموحد

Dear Insured:

Please fill out the form correctly for the purpose of pricing and to insure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.

عزيزي المؤمن له:

تأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير ولضمان حصولك وأفراد أسرته على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب مفايع الوثيقة الموحدة.

Type: Addition إضافة New نوع الطلب:

Policy No./ACR: رقم الوثيقة/السجل التجاري Entity name: Bayouni Security Solutions Est اسم المؤسسة

Mobile: 0565 94 3769 رقم الجوال Employee name: MOHAMMAD MILON MIMA اسم الموظف

ID No.: 2443746892 رقم الهوية

Gender: MALE الجنس: Nationality: INDIA الجنسية: Marital status: Married متزوج Single أعزب الحالة الاجتماعية:

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):

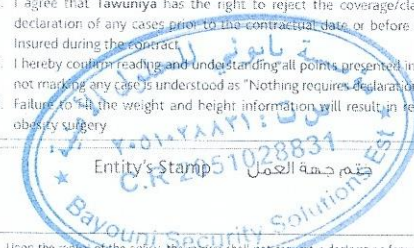
No	Yes نعم	No لا	Arabic Description	English Description								
1	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم التنبؤ بالمرض/بالتشخيص خلال آخر 12 شهر؟	Any hospital admission during the last 12 months ?								
2	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، التهاب الكبد الفيروسي المزمن، سني، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التخبيصات، ورم ليفي بالرجم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التهاب المتعدد؟	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases limited to: Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, Thyroid goiter, Cysts, Fibroid uterus, Hernias, Autoimmune diseases or Multiple sclerosis ?								
3	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط: الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأضواء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكدس الغولي، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقية الوراثية؟	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, systic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease ?								
4	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية؟	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases ?								
5	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الأترق العضروفي (الديسك)، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة؟	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases limited to: Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears ?								
6	<table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Yes نعم</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		No	Yes نعم	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	لأنثى الحامل فقط:	Pregnant Females only:
No	Yes نعم											
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
			حمل حالي جنين واحد.	Current single pregnancy.								
			حمل حالي مع قيصرية سابقة.	Current single pregnancy with previous CS delivery.								
			حمل حالي متعدد الأجنة.	Current multiple pregnancy.								
			تاريخ الولادة المتوقع:	Expected delivery date:								

Employee and dependent's details that need to be added (In case of a Yes answer above, please detail the case in the table below) بيانات الموظف وأفراد العائلة المراد إضافتهم (في حالة الإجابة بنعم، الجاء بذكر الحالة في الجدول أدناه)

رقم	اسم الموظف/أفراد العائلة Employee/Dependent Name	الجنس Gender	القرابة Relation	رقم الهوية ID Number	الوزن Weight	الطول Height	رقم الجوال Mobile No.	الحالة case	اسم مقدم الخدمة Provider Name
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									

الإقرار والتفويض:

- 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 cases 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.



Employee Signature: Helon
Date: 25/11/2020

1. Upon the terms of the policy, the insurer shall not request a declaration form from any insured who has been insured for (11) months.
2. The insurer is not eligible to request a medical declaration form for new births when they are added to existing health insurance policy.
3. If you need to add more dependents, an additional form shall be filled.
4. It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

Unified Medical Declaration Form

نموذج الإفصاح الطبي الموحد

Dear Insured:

Please fill out the form correctly for the purpose of pricing and to insure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.

عزيزي المؤمن له:

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

Type: Addition إضافة New نوع الطلب:

Policy No./CR: رقم الوثيقة/السجل التجاري: Entity name: BAYDUNI SECURITY SOLUTIONS E-est

Mobile: 0565943769 رقم الحوال: Employee name: SAIFUL ISLAM اسم الموظف:

ID No.: 2 4 4 3 5 3 6 6 6 5 رقم الهوية:

Gender: MALE الجنس: Nationality: Bangladesh الجنسية: Marital status: Married متزوج Single أعزب الحالة الاجتماعية:

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):

No	Yes نعم	No لا	English Question	Arabic Question
1	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Any hospital admission during the last 12 months ?	هل تم التوثيق بالمستشفى خلال آخر 12 شهر ؟
2	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases limited to: Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, Thyroid goiter, Cysts, Fibroid uterus, Hernias, Autoimmune diseases or Multiple sclerosis ?	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، التهاب الكبد الفيروسي المزمن، سني، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد ؟
3	<input type="checkbox"/>	<input checked="" 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 ?	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط: الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنحرفة، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشير، مرض التكسير الفولي، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقية الوراثية ؟
4	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases ?	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية ؟
5	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases limited to: Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears ?	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الانزلاق العضوي (الديسك)، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة ؟
6	Pregnant Females only: Current single pregnancy. <input type="checkbox"/> / <input checked="" type="checkbox"/> Current single pregnancy with previous CS delivery. <input type="checkbox"/> / <input checked="" type="checkbox"/> Current multiple pregnancy. <input type="checkbox"/> / <input checked="" type="checkbox"/> Expected delivery date: / /		For the carrier only: حمل حالي جنين واحد، حمل حالي مع قيصرية سابقة، حمل حالي متعدد الأجنة، تاريخ الولادة المتوقع:	

Employee and dependent's 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، اذكر الحالة في الجدول أدناه)

No	اسم الموظف/أفراد العائلة Employee/Dependent Name	الجنس Gender	القرابة Relation	رقم الهوية ID Number	الوزن Weight	الطول Height	رقم الجوال Mobile No.	الحالة case	اسم مقدم الخدمة Provider Name
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									

Undertakings: الإقرار والتفويض:

- 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.

- أقر ان البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وبنية عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وان التعاونية لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي تتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر.
- أوافق على أن تعاونية تاونونيا لها الحق في رفض التغطية/المطالبات كلياً في حالة 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.
- أقر بأنني قد قرأت وفهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم إشارتي أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة تعمي وجود ما يستحق الإفصاح عنه وعليه أوقع.
- عدم تعبئة بيانات الطول والوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تحاليف عملية جراحية السمنة المفرطة.

Entity's Stamp: ختم جهة العمل (C.R 205102863) Employee Signature: توقيع الموظف (Saiful) Date: التاريخ (25/1/2020)

1. Upon the renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form from any insured who has been insured for (12) months.
 2. The insurer is not eligible to request a medical declaration form for new borns when they are added to existing health insurance policy.
 3. If you need to add more dependents, an additional form shall be filled.
 4. It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

Unified Medical Declaration Form

نموذج الإفصاح الطبي الموحد

Dear Insured:

Please fill out the form correctly for the purpose of pricing and to insure that you and your family receive health care services as required 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.

Type: Addition إضافة ¹ New جديد ² نوع الطلب ³

Policy No./CR: رقم الوثيقة/السجل التجاري Entity name: **Bayuni Security Solutions Est** اسم الشركة ⁴

Mobile: **0565943769** رقم الحواله Employee name: **Razu Ahmed** اسم الموظف ⁵

ID No.: **2444581322** رقم الهوية ⁶

Gender: **MALE** الجنس Nationality: **Bangladesh** الجنسية Marital status: Married متزوج Single أعزب ⁷ الحالة الاجتماعية

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):

No	Yes نعم	No لا	Question
1	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم التنويم بالمستشفى خلال آخر 12 شهر؟
2	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، التهاب الكبد الفيروسي المزمن، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو تصلب المتعدد؟
3	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط: الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأضغاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكسير الفولي، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقية الوراثية؟
4	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية؟
5	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الأترقي العصروقي (الدسك)، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة؟
6	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	للإنتي الحامل فقط: حامل حالي جنين واحد. حامل حالي مع قيصرية سابقة. حامل حالي متعدد الأجنة. تاريخ الولادة المتوقع: _____ / _____ / _____

Employee and dependent's 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، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

رقم	اسم الموظف/أفراد العائلة Employee/Dependent Name	الجنس Gender	القرابة Relation	رقم الهوية ID Number	الوزن Weight	الطول Height	رقم الجوال Mobile No.	الحالة case	اسم مقدم الخدمة Provider Name
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									

Undertakings:

الإقرار والتفويض:

- 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.

- أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وبناءً عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأن التعاونية لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويجها 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 مؤس له خلال فترة سريان التغطى.
- أقر بأنني قد قرأت وفهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم إشارتي أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه بخبر بجمالية تعني وجود ما يستحق الإفصاح عنه وعليه أوقع.
- عدم تعبئة بيانات الطول والوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة.

Entity's Stamp: **BAYUNI Security Solutions Est** طابع الشركة ¹

Employee Signature: **Razu** توقيع الموظف ¹

Date: **25/11/2020** التاريخ

1. Upon the renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form from any insured who has been insured for (12) months.
2. The insurer is not eligible to request a medical declaration form for new boys when they are added to existing health insurance policy.
3. If you need to add more dependents, an additional form shall be filled.
4. It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

Unified Medical Declaration Form

نموذج الإفصاح الطبي الموحد

Dear Insured:

Please fill out the form correctly for the purpose of pricing and to insure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.

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

Type: Addition إضافة New جديد نوع الطلب

Policy No./CR: رقم الوثيقة/السجل التجاري: Entity name: Bayouni Security Solutions Est. رقم المؤسسة: اسم المؤسسة

Mobile: 0565943769 رقم الجوال: Employee name: Renji Issac اسم الموظف:

ID No.: 2080456912 رقم الهوية:

Gender: MALE الجنس: Nationality: INDIA الجنسية: Marital status: Married متزوج Single أعزب الحالة الاجتماعية:

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):

No	Yes نعم	No لا	Arabic Description	English Description
1	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم التنويم بالمستشفى خلال آخر 12 شهر؟	Any hospital admission during the last 12 months?
2	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، التهاب الكبد الفيروسي المزمن، سبب، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكتيسات، ورم ليفي بالرحم، الفئق، أمراض المناعة الذاتية أو تصلب المتعدد؟	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases limited to: Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, Thyroid goiter, Cysts, Fibroid uterus, Hernias, Autoimmune diseases or Multiple sclerosis?
3	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط: الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، عرض موشر، مرض التكدس الفولي، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقية الوراثية؟	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?
4	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية؟	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases?
5	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الأترقي، الخصروقي (الديسك)، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة؟	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases limited to: Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears?
6	No <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Current single pregnancy <input checked="" type="checkbox"/> Current single pregnancy with previous CS delivery <input checked="" type="checkbox"/> Current multiple pregnancy <input checked="" type="checkbox"/> Expected delivery date: / /		للبائني الحامل فقط: حمل حالي جليين واحد، حمل حالي مع قيصرية سابقة، حمل حالي متعدد الأجنة، تاريخ الولادة المتوقع:	Pregnant Females only: Current single pregnancy. Current single pregnancy with previous CS delivery. Current multiple pregnancy. Expected delivery date:

Employee and dependent's 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، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

رقم	اسم الموظف/أفراد العائلة Employee/Dependent Name	الجنس Gender	القرابة Relation	رقم الهوية ID Number	الوزن Weight	الطول Height	رقم الجوال Mobile No.	الحالة case	اسم مقدم الخدمة Provider Name
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									

الإقرار والتفويض:

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 Tawuniya has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة ومنافذ عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأن التعاونية لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي تتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر.

2. 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.
أوافق على أن تعاونية التأمين في رفض المغطاة أو التعويض 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.

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.
أقر بأنني قد قرأت وفهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم إشارتي أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة تعني وجود ما يستحق الإفصاح عنه وعليه أوقع.

4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.
عدم تعبئة بيانات الطول والوزن سيؤدي إلي رفض تغطية تحاليف عملية جراحة السمنة المفرطة.

Entity's Stamp: Bayouni Security Solutions Est. رقم المؤسسة: 2051028831

Employee Signature: Renji Issac توقيع الموظف

Date: 25/11/2020 التاريخ

1. Upon the renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form from any insured who has been insured for (11) months.
2. The insurer is not eligible to request a medical declaration form for new births when they are added to existing health insurance policy.
3. If you need to add more dependents, an additional form shall be filled.
4. It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.



Unified Medical Declaration Form

نموذج الإفصاح الطبي الموحد

Dear Insured:

Please fill out the form correctly for the purpose of pricing and to insure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.

عزيزي المؤمن له:

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

Type: Addition إضافة New جديد نوع الطلب:

Policy No. \CR: 0565943769 رقم الوثيقة/السجل التجاري Entity name: BAYOUNI SECURITY SOLUTIONS Est. اسم المؤسسة

Mobile: 0565943769 رقم الجوال Employee name: Devanand Ravichandran اسم الموظف

ID No.: 2420579357 رقم الهوية

Gender: MALE الجنس: Male Nationality: INDIA الجنسية: India Marital status: Married متزوج Single أعزب الحالة الاجتماعية:

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):

No #	Yes نعم	No لا	Question
1	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم التنويم بالمستشفى خلال آخر 12 شهر؟
2	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، التهاب الحدي الفيروسي المزمن، حصوات المرارة، العثقل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكتيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو تصلب المتعدد؟
3	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط: الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنطرية، التلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأضواء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكتيس الغولي، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقية الوراثية؟
4	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية؟
5	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الانزلاق العضبوني (الديسك)، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة؟
6	Yes نعم	No لا	للإناث الحامل فقط: حمل حالي جين واحد. حمل حالي مع قيصرية سابقة. حمل حالي متعدد الأجنة. تاريخ الولادة المتوقع:

Employee and dependent's 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، الرجاء دكر الحالة في الجدول أدناه)

رقم	اسم الموظف/أفراد العائلة Employee/Dependent Name	الجنس Gender	العلاقة Relation	رقم الهوية ID Number	الوزن Weight	الطول Height	رقم الجوال Mobile No.	الحالة case	اسم مقدم الخدمة Provider Name
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									

الإقرار والتفويض:

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 Tawuniya has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وبناءً عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأن التعاونية لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي تتعامل معها لتزودها بأي معلومة طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر.

2. 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.
أوافق على أن الحقبة 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.

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 those basis.
أقر بأنني قد قرأت وفهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم إشارتي أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة تعمي وجود ما يستحق الإفصاح عنه وعليه أوقع.

4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.
عدم تعبئة بيانات الطول والوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة.



Employee Signature: *Devanand Ravichandran* توقيع الموظف

Date: 24/11/2020 التاريخ

1. Upon the renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form from any insured who has been insured for (11) months.
2. The insurer is not eligible to request a medical declaration form for new joins when they are added to existing health insurance policy.
3. If you need to add more dependents, an additional form shall be filled.
4. It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

1. عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للمؤسسة طلب نموذج الإفصاح من المؤمن له مؤمن له بفترة (11) أشهر.
2. لا يحق للشركة التأمينية طلب نموذج الإفصاح الطبي للموارد الجدد عند إضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السابقة.
3. في حال الحاجة لإضافة الآخرين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد.
4. عدم تعبئة نموذج قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلاً عن المؤمن له.

Unified Medical Declaration Form

نموذج الإفصاح الطبي الموحد

Dear Insured:

Please fill out the form correctly for the purpose of pricing and to insure that you and your family receive health care services as required 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 متافع الوثيقة الموحدة.

Type: Addition إضافة New جديد

Policy No./ACR: رقم الوثيقة/السجل التجاري

Entity name: **BAVONIYAH SECURITY SOLUTIONS EST**
Employee name: **AHMED MOHAMED MOHAMED SALEH**

Mobile: **0565943769** رقم الجوال

ID No.: **2 3 3 6 9 9 7 3 6 2** رقم الهوية

Gender: **MALE** Nationality: **Egypt** Marital status: Married Single

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).

No	Yes نعم	No لا	Question
1	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم التنبؤ بالمستشفى خلال آخر 12 شهر؟
2	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، التهاب الكبد الفيروسي المزمن، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفقع، أمراض المناعة الذاتية أو تصلب المتعدد؟
3	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط: الشلل الدماغي، اضطراب الحلايا المنجلية، الثلاسيميا، العيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأضغاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التأكسب الفولي، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تخيس الكلتيين الخلقية الوراثية؟
4	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية؟
5	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الأترقي، الضورفوي، (الديسك)، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة؟
6	No <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		للإناث الحامل فقط: حمل حالي جين واحد. حمل حالي مع قيصرية سابقة. حمل حالي متعدد الأجنة. تاريخ الولادة المتوقع: / /

Employee and dependent's details that need to be added (In case of a Yes answer above, please detail the case in the table below) بيانات الموظف وأفراد العائلة المراد إضافتهم (في حالة الإجابة بنعم، الجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

رقم	اسم الموظف/أفراد العائلة Employee/Dependent Name	الجنس Gender	القرابة Relation	رقم الهوية ID Number	الوزن Weight	الطول Height	رقم الجوال Mobile No.	الحالة case	اسم مقدم الخدمة Provider Name
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									

الإقرار والتفويض:

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 Tawuniya has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه صحيحة وبناءً عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وإن التعاونية لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي تعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر.

2. 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.
أوافق على رفضية التعاونية في رفض المطالبة أو التعهنة 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.

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.
أقر بأنني قد قرأت وفهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أعهد بأن عدم إشارتي أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه وعليه أوقع.

4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.
عدم تعبئة بيانات الطول والوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تحاليف عملية جراحة السمنة المفرطة.

Entity's Stamp: **BAVONIYAH SECURITY SOLUTIONS EST**
Employee Signature: **Ahmed Saleh**
Date: **24/11/2020**

1. Upon the renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form from any insured who has been insured for (11) months.
2. The insurer is not eligible to receive a medical declaration form for new births when they are added to existing health insurance policy.
3. If you need to add more dependants, an additional form shall be filled.
4. It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

1. عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق لشركة تاليف نموذج الإفصاح لأي مؤمن له حصري عليه (11) أشهر.
2. لا تكون الشركة التأمينية ملزمة بتلقي نموذج الإفصاح الطبي للمواليد الجدد عند إضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية.
3. في حال الحاجة لإضافة تابعين آخرين يتم تعبئة نموذج جديد.
4. عدم تعبئة نموذج الإفصاح بالتوقيع بدلاً عن المؤمن له.

Unified Medical Declaration Form

نموذج الإفصاح الطبي الموحد

Dear Insured:

Please fill out the form correctly for the purpose of pricing and to insure that you and your family receive health care services as required 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.

Type: Addition إضافة New جديد نوع الطلب

Policy No.ACR: رقم الوثيقة/السجل التجاري: Entity name: **TAWUNIYA SECURITY SOLUTIONS EST** اسم المؤمن له
Mobile: **0565943769** رقم الجوال Employee name: **AMR KHALED MAHMOUD ELBORTDY** اسم الموظف

ID No: **2439905155** رقم الهوية

Gender: **MALE** الجنس Nationality: **Egypt** الجنسية Marital status: Married متزوج Single أعزب الحالة الاجتماعية

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):

No	Yes نعم	No لا	Question
1	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم التنويم بالمستشفى خلال آخر 12 شهر؟
2	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، التهاب الكبد الفيروسي المزمن، سني، حصوات المرارة، العنقل الكلي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكتيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو تصلب المتعدد؟
3	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط: الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، العمققيلا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوتتر، مرض التكتيسر الفولي، التليف الكيسي، هيماكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقية الوراثية؟
4	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه ررقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية؟
5	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الانزلاق الغضروفي (الديسك)، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة؟
6	Yes نعم	No لا	6 للإنتى الحامل فقط: حمل حالي جين واحد. حمل حالي مع قيصرية سابقة. حمل حالي متعدد الأجنة. تاريخ الولادة المتوقع:

Employee and dependent's 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، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

رقم	اسم الموظف/أفراد العائلة Employee/Dependent Name	الجنس Gender	القرابة Relation	رقم الهوية ID Number	الوزن Weight	الطول Height	رقم الجوال Mobile No.	الحالة case	اسم مقدم الخدمة Provider Name
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									

Undertakings:

الإقرار والتفويض:

- 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.

- أقر أن البيانات والمعلومات المدخورة أعلاه كاملة وصحيحة ودقيقة عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأن التعاونية لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي تعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر.
- أوافق على أهمية التعاونية في رفض المطالبة أو التغطية كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المدخورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل تسجيل أو إضافة موسى له خلال فترة سريان التعاقد.
- أقر بأنني قد قرأت وفهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم إشارتي أمام أي من الحالات المدخورة أعلاه بحسب رغبتي يعني وجود ما يستحق الإفصاح عنه وعليه أوقع.
- عدم تعبئة بيانات الطول والوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحاة السمنة المفرطة.

Entity's Stamp: **Tawuniya Security Solutions Est** (C.R 205102024)

Employee Signature: **Amr Khaled** توقيع الموظف

Date: **24/11/2020** التاريخ

1. Upon the result of the policy, the insurer shall not request a declaration form from any insured who has been insured for (11) months.
2. The insurer is not eligible to request a medical declaration form for new borns when they are added to existing health insurance policy.
3. If you need to add more dependents, an additional form shall be filled.
4. It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

1. عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للمتعمدة طلب نموذج الإفصاح لأي موسى له وخصي لمدة (11) أشهر.
2. لا يحق للتأمين على طلب نموذج الإفصاح طبي لمولود جديد عند إضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السابقة.
3. في حال الحاجة لإضافة أولاد جدد إلى وثيقة التأمين الصحية القائمة على نموذج الإفصاح الطبي.
4. عدم تعبئة نموذج الإفصاح الطبي للموظف بدلاً عن المؤمن له.