

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 في إيمانك بتعلمه هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسجيل ولضمان حصولك وأفراد
أسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب مثابة الوظيفة الموحدة.

Type:
 إضافية ^٢
 New ^{جديد}
نوع الطلب:
Policy No.:
رقم الوثيقة/السجل التجاري:
Mobile:
0565943769
رقم الجوال:
ID No.:
2116398534
Gender:
MALE
Nationality:
INDIAN
Entity name:
BAYOUNI SECURITY SOLUTIONS EST
Employee name:
JUSTIN HARRIS
الحالة الاجتماعية:
 متزوج أعزب

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 الكلمة (نعم):

1	Any hospital admission during the last 12 months ?	No <input checked="" type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	هل تم التنويم بالمستشفى خلال آخر 12 شهر ؟
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases <u>limited to</u> : 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 ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط فقط: الأورام، الحميدة، السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبوي المزمن، سني، حصوات المرارة، الشلل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم يقع بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد؟
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases <u>limited to</u> : Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, Gaucher's disease, G6PD Deficiency, cystic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشتتية التالية فقط فقط: الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المتميزة، التلاسيمية، الهموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، صمور العضلات الشوكي، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكيس الفولي، التليف الكيسي، هيموكروهاتيسين، مرض ويلسون، تحبس الكلبين الوراثي؟
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases <u>limited to</u> : Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط فقط: عياء بيضاء، مياه رذاق، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية؟
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases <u>limited to</u> : Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط فقط: الانزلاق الغضروفى (الديسكل)، 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:	No <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	لأنثى الحامل فقط : حمل حالياً جنين واحد. حمل حالياً مع قبضتها سابقاً. حمل حالياً متعدد الأجنحة. تاريخ الولادة المتوقعة:

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 الحالات 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

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.

<i>Entity's Stamp</i> C.R 2051028831	<i>Employee Signature</i> <i>Justin Harris</i>	Date <i>24/11/2020</i>
-----------------------------------------	---------------------------------------------------	------------------------

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

عند تجدد الوثيقة يتم طلب تأمينك طبقاً لـ زمام المورد لغرض تجديد التأمين على وثقة التأمين الصحي العائمة.
لا يحق للشركة طلب تأمينك طبقاً لـ زمام المورد لـ تجديد التأمين على وثقة التأمين الصحي العائمة.
في حال الحاجة إضافة لأفراد غير متواجدين في مكان العمل، يرجى تقديم طلب إضافي.
عدم انتشاره قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلاً عن الموظف 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 بتحديث هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسجيل ولضمان حصولك وأفرادك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب معايير الوثيقة الموحدة.

Type:
 إضافي New

 جديد

نوع الطلب:
Policy No.\CR:
Mobile:
رقم الوثيقة/السجل التجاري:
رقم الجوال:
ID No.:
2411819150
Employee name:
BAYOUNI SECURITY SOLUTIONS EST
اسم الموظف:
ABDUL KADIR HABEEB
Gender:
MALE
Nationality:
INDIAN
الحالة الاجتماعية:
 متزوج أعزب 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 الكلمة (نعم):

No.	نعم	هل تم التنويم بالمستشفى خلال آخر 12 شهراً؟
1	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط : التوحد، الورم، الجيديه، السرطان، امراض القلب، امراض الكبد، الفيروسات المزمنه سي، حصوات المريء، القشر الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم العدة الدرقية، التكيسات، ورم يليفي بالرحم، الفتق، امراض المعنعه الذاتيه او التصلب المتعدد؟
2	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط : التوحد، الورم، الجيديه، السرطان، امراض القلب، امراض الكبد، الفيروسات المزمنه سي، حصوات المريء، القشر الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم العدة الدرقية، التكيسات، ورم يليفي بالرحم، الفتق، امراض المعنعه الذاتيه او التصلب المتعدد؟
3	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط : التهاب المفاصل، الكلفية التالية، امراض الشلل الدماغي، اضطرابات الخلايا المناعية، التلاسيمية، العيوبencia، امراض الممثل الغذائي، استسقاء الرئتين، صمور العصارات الشوكية، تشوهات الأعصاب الت寰الية، امراض الكروموسومات، عرض مؤشر مرض التكبير الفولي، التليف الكتيسي، هيموغرافاتوسين، عرض ويلسون، تفخيم الكلىتين الخلفي الوراثي؟
4	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من امراض العين التالية فقط : عياء بيضاء، عياء رقا، امراض القرنية او امراض الشبكية؟
5	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من امراض العظام التالية فقط : التهاب الغضروف (الديسكل)، انحراف العمود الفقرى، التهاب المفاصل او تمزق الارتبطة؟
6	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	لأنثى الحامل فقط : حمل حالياً جنين واحد. حمل حالياً مع قيصية سابقة. حمل حالياً متعدد الأحنة. تاريخ الولادة المتوقعة:
7	/ /	

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 الإيجابية، رجاء دحر الحالات 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	No.
									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) 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
KADIR HABEEB
Date
24/11/2020

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

- بعد تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب تجديد الصياغة في موعد لا يتجاوز عليه (11) شهراً.
- لا يحق الشركة التأمين طلب تجديد الصياغة في موعد لا يتجاوز عليه (11) شهراً.
- في حال الحاجة إضافة ملحوظة، لا يحق الشركة طلب تجديد الصياغة في موعد لا يتجاوز عليه (11) شهراً.
- عدم تجاهله قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلاً عن الموظف له.

6-2018-V1-SHE-3

Unified Medical Declaration Form
نموذج الاقسام 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 ببعضك هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير وللتأمين صحتك ونفراد
أنسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب هنافع الوثيقة الموحدة.

Type:
 إضافة ^٢
 New جديد

نوع الطلب:
Policy No.\CR:
Mobile: ٠٥٦٥٩٤٣٧٦٩

رقم الوثيقة/السجل التجاري:
رقم الجوال:
Entity name: BAYANI SECURITY SOLUTION EST

Employee name: MOHAMED NALEEM KHAN ID: 100000000000000000

ID No.:
2 4 1 1 8 1 8 9 6 2
رقم الهوية:
Gender: MALE

Nationality: INDIAN

الحالة الاجتماعية: Married متزوج Single أعزب

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 الكلمة (نعم):

1	Any hospital admission during the last 12 months ?	No <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> نعم	هل تم التنويم بالمستشفى خلال آخر 12 شهراً؟
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases <u>limited to</u> : 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 ?	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط، التوحد، الأورام الخبيثة، السرطان، أمراض القلب، انتفاخ الكبد، الفيروسية، الورم، سبب، حصوات المرارة، الغشين الكلوي، حصوات الميالكال البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم، ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المعندة الوراثية أو التصلب المتعدد؟
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases <u>limited to</u> : 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 ?	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشتتات الخلقية التالية فقط، الشلل الدماغي، اضطرابات الخلايا المتعدلة، التلاسيمية، العصيوفيليا، أمراض التمثال العدائي، استسقاء الرأس، صمور العضلات الشوكية، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، عرض موشري، مشكلة الفولقي، التليف الكيسي، هيموهوهالوتيسين، عرض بيلوسون، تفيس الكلبين الخلقي الوراثي؟
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases <u>limited to</u> : Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases ?	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط، عياء بيضاء، مياه رقاء، أمراض القرنيه أو أمراض الشبكية؟
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases <u>limited to</u> : Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears ?	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط، الانلارا، الغضروفى (الديسكس)، انحراف العمود الفقرى، التهاب المفاصل أو تمزق الارتبطة؟
6	<u>Pregnant Females only:</u> Current single pregnancy. Current single pregnancy with previous CS delivery. Current multiple pregnancy. Expected delivery date:	No <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	لأنثى الحامل فقط حمل حالى جرين واحد. حمل حالى مع قيصرية سابقة. حمل حالى متعدد الأجنة. تاريخ الولادة المتوقعة:

**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 دفتر الحالات أدناه)**

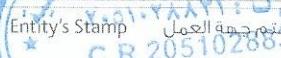
اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف/أفراد العائلة Employee/Dependent Name	رقم No
									1
									2
									3
									4
									5
									6
									7

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.

الاقرار والتقويض:

- أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه شاملة وصحيحة وبناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات ونحوها لغايات الحق في الاتصال بالمستفيدين التي اتفقنا معها للتوبيخ بأى معلومات طبية قد تحتاج إليها للتقييم المتأخر.
- أوافق على أحدهما التعاوه في بعض الحالات أو التخطيط كلباً عند عدم الافتتاح عن وضوء أي من الحالات المذكورة أعلاه التي تنشات قبل تاريخ التعاقد أو قبل تسجيل أو إضافة موسي له حال قبره سريان العقد.
- أقر بأني قد قرأت وفهمت جميع ما جاء في هذا النموذج فيما يخص اتفاقتي بأي من الحالات المذكورة أعلاه بغير مسوقة ترقى وحدة ما يسمى بالإفتتاح عنه وعليه أقوى.
- عدم تعيين بيانات الطول والوزن سيؤدي إلى رفض تغطية حالات غير مدرجة عملياً بحسب المعايير المفترضة.

Entity's Stamp

مقر العمل
C.R 2051026831

Employee Signature
Naleem Khan.
Date
24/11/2022

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

- بعد تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب تفاصيل لأى مومن له تغطية لأكثر من 11 شهر.
- لا يحق للشركة طلب تفاصيل لأى مومن له تغطية لأكثر من 11 شهر.
- لا يحق للشركة طلب تفاصيل لأى مومن له تغطية لأكثر من 11 شهر.
- عدم تغطية قيام صاحب التعلم بالتوقيع بدلاً عن الموظف 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 تبليغك بتحديثه هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسجيل ولضمان حصولك وأفراد
أسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب معايير الوثيقة الموحدة.

Type:
 إضافة

 جديد

نوع الطلب:
Policy No. ACR:
رقم الوثيقة/السجل التجاري:
اسم المُسْتَأْنِد:
Mobile:
0565943769
رقم الجوال:
اسم الموظف:
SELVAN CHELLATHURAI
ID No.:
2411782028
رقم الهوية:
Gender:
MALE
Nationality:
INDIAN
الحالة الاجتماعية:
 متزوج
 أعزب
 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 الكلمة (نعم):

No	نعم	
1	<input type="checkbox"/>	هل تم التنويم بالمستشفى خلال آخر 12 شهراً؟
2	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط : التوحد، الأورام، الحميدة، السرطان، أمراض القلب، انتهاك الحدود البيولوجي، الورم سي، حصوات المريارة، الفشل الكلوي، حصوات الميالكول، تضخم الغدة الدرقية، الكبيبات، ورم ليفي بالدماغ، الفتق، أمراض المخاعة الداخنة أو التصلب المتعدد؟
3	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلفية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطرابات الخلايا ال��ية، الثلاثيما، العينوفيليا، أمراض التمنيل العدائي، استسقاء الرئتين، ضمور العصارات الشتوية، تشوهات الأعصاب التنسالية، أمراض الكروموسومات، عرض غوشر، عرض التخمير الفولي، التليف الكتيسي، هيموكرومافونسيس، عرض ويلسون، تكيس الكلى، الخلقى الوراثي؟
4	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط : مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية؟
5	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط : انتراك الغضروف (الديسك)، انحراف العمود الفقري، انتهاك المفاصل أو تمزق الأربطة؟
6	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	لأنثى الحامل فقط: حمل حالي جنين واحد. حمل حالي مع قبصرة سابقة. حمل حالي متعدد الجنين. تاريخ الولادة المتوقع:
7	/ /	

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 بـنعم، الرجاء ذكر الحالة في التدوين أدناه)

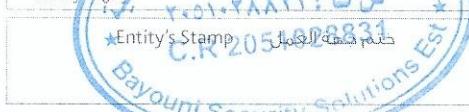
اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف/أفراد العائلة Employee/Dependent Name	رقم
									1
									2
									3
									4
									5
									6
									7

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) 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.

الاقرارات والتقويض:

- أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه شاملة وصححة وبناء عليه فإن قبول المطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأن التغطية لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي انتماعها للنويد بما يليه.
- أوافق على تغطية التغطية في نفس المطالبة أو التحويلة كلما علمت عدم الاشتراك في قسم أي في الحالات المذكورة أعلاه التي ثبتت قبل تاريخ التعاقد أو قبل تسجيل أو إضافة موافق له حال قبرة سريان العقد.
- أقر بني قد قرأت وفهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما انعدم بان شاربي امام اي من الحالات المذكورة أعلاه يعني بغير مسامعني ويجدر ما يستحق اقصاصه بعلمه او ورق.
- عدم تجبيه بيانات الحالات واللون سيؤدي إلى نفس تخطيطه تحالف عمليات جراحة السمية المفترضة.


Employee Signature
Selvan
توقيع الموظف
Date
28/11/2020

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

- لا يجوز لصاحب الشركة طلب ملخص تغطية تغطية طبي من له معايير (11) أشهر.
- في حال الحاجة إلى إضافة طفل، فمهمة طلب تغطية طبي المعايير الجديدة عند إضافة ذلك العين الصحي المسارية.
- عدم انتسابه في قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلاً عن الموظف له.
- عدم انتسابه في قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلاً عن الموظف له.

6-2018-VISHE-3

Unified Medical Declaration Form

نموذج الافتتاح 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 بتحديث هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير ولضمان حصولك وأفراد
أسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب معايير الوثيقة الموقعة.

Type:

Addition إضافة

New جديد

Type of request:

Policy No. \CR:

Mobile:

رقم الوثيقة/السجل التجاري:

رقم الجوال:

Entity name:

BAYOUNT SECURITY SERVICES EST

Employee name:

MOHAMMED HASSAN ABDI DRAHMAN

ID No.:

21 757 83394

رقم الهوية:

Gender: MALE

Nationality: YEMEN الحنسية:

Marital status: Married متزوج Single أعزب

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 الكلمة (نعم):

1	Any hospital admission during the last 12 months ?	No <input checked="" type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	هل تم تنويمك بالمستشفى خلال آخر 12 شهر ؟
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases <u>limited to</u> : 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 ?	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية <u>فقط</u> : التوحد، الأورام، الحميدة، السرطان، أمراض القلب، انتفاخ الكبد، الفيروسية، الورم سني، حصوات المريارة، الغشاء الكلوي، حصوات المussels البولية، تضخم الغدة الدرقية، الكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المعندة الذاتية أو التصلب المتعدد؟
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases <u>limited to</u> : Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, Gaucher's disease, G6PD Deficiency, cystic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease ?	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية <u>فقط</u> : الشلل الدماغي، اضطرابات الجهاز المناعي، التلاسيمية، العصيوفيليا، أمراض التمثال العاذري، استسقاء الرأس، صمور العضلات الشفوي، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، عرض موثر، مرض التكبير الفولي، التليف الكيسي، هيموكركماتوسين، عرض ويلسون، تكيس الكلبين الحقني الوراثي؟
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases <u>limited to</u> : Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases ?	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية <u>فقط</u> : عياء بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية؟
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases <u>limited to</u> : Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears ?	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية <u>فقط</u> : التهاب الأربطة، تضيق الأربطة؟
6	Pregnant Females only: Current single pregnancy. Current single pregnancy with previous CS delivery. Current multiple pregnancy. Expected delivery date:	No <input checked="" type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	لأنثى الحامل <u>فقط</u> : حمل حالياً حديدين واحد. حمل حالياً مع قيصرية سابقة. حمل حالياً متعدد الأحنة. 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 بـنعم، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم المعرفة ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف/أفراد العائلة Employee/Dependent Name	رقم No.
									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) 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

توقيع الموظف

Date التاریخ

Mohamed Hassan

24/11/2020

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

عند تجديد الوثيقة، لن يتم طلب تأكيد من أي مؤمن يعيش عليه (11) أشهر.
لا يحق لشركة التأمين طلب تأكيد (بيان) تغطية المعاودة بعد إضافة شخص ثالث، وذلك في حالة إضافة أفراد ثالثين أو أكثر.

6-2018-V1-SME-3

Unified Medical Declaration Form
نموذج الافتتاح 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 ببعضه هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير ولضمان حصولك وأنوار
أنسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب ميقات الوثيقة الموحدة

Type:
 إضافة²
Policy No. ACR:
Mobile: 0565943769 **رقم الجوال:**
ID No.:
2414979530
Gender: MALE

Nationality: Egypt **الجنسية:**
 New

 جديد

نوع الطلب:
BAYOUNI SECURITY Solutions Est
AHMED ATIF ELSAYED Abdelaqig Hassan
رقم العووية:
Marital status: Married متزوج Single أعزب

Please declare any of below cases by marking ✓ under the word (Yes):

	No <input checked="" type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/> نعم	
1 Any hospital admission during the last 12 months ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تدريومك بالمستشفي خلال آخر 12 شهراً ؟
2 Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases <u>limited to</u> : 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 ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأى من الأمراض المزمنة التالية فقط : التوحد، الأورام، الجميدة، السرطان، أمراض القلب، الانهاب الكلوي الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، القشر الكلوي، حصوات الميسال البولية تتضمن العدة الدرقية، التكيبات، ورم ليفي بالدم، الفتق، أمراض المناعة الداخليّة أو التصلب المتعدد ؟
3 Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases <u>limited to</u> : Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, Gaucher's disease, G6PD Deficiency, cystic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأى من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخالية، العصبية، الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المتقدمة، الثلاثيما، العصيوفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، انسنة الرأس، صمور العضلات الشوكية، تشوهات الأعصاب التائية. أمراض الكروموزونات، عرض مؤشر من التكبير الفولقي، التليف الكيدسي، هيموكرودهانتوسين، عرض ويلسون، تشخيص الطبلتين الخلقي الوراثي ؟
4 Have you been diagnosed with any of the following eye diseases <u>limited to</u> : Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأى من أمراض العين التالية فقط : عياء بيضاء، عياء رقاء، أمراض القرنيه أو أمراض الشبكية ؟
5 Have you been diagnosed with any of the following bone diseases <u>limited to</u> : Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأى من أمراض العظام التالية فقط الالتوان التضاريفي (الديس)، انحراف العمود الفقرى، التهاب المفاصل أو تمزق الاربطة ؟
6 Pregnant Females only: Current single pregnancy. Current single pregnancy with previous CS delivery. Current multiple pregnancy. Expected delivery date:	No <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	لأنثى الحامل فقط: حمل حالي جدين واحد. حمل حالي مع قيصرية سابقة. حمل حالي متعدد الأجنة. تاريخ الولادة المتوقعة:

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)

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 المراد إضافتهم Employee/Dependent Name	رقم No
									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) 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.

الاقرارات والتوضيحي:

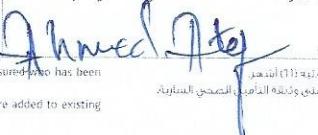
- أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه شاملة وصحيحة وبناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وان التعاونية لها الحق في الحصول بالمستحبات التي اتتكم معها للرتوبيها بأى معلومات طبية قد تحتاج إليها للتقييم المختلط.
- أوافق على أحكام التعاوني في نفس الحالات أو التخطيطية كلها عند عدم الإفصاح عن وهمه في الحالات المذكورة أعلاه التي ثبتت قبل تاريخ التعاقد أو قبل تسجيل أو إضافة مومن له حال قبره سريان العقد.
- أقر بأني قد قرأت وفهمت جميع ما جاء في هذا النموذج بما أتعهد بأن عدم إشارتي لأمراض أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة تعري وحده ما يتحقق في الواقع.
- عدم تعبيره ببيان الطول والوزن سيؤدي إلى رفض تخطيطية حالات عملية جراحة السمنة المفترضة.

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

- بعد تجديد الوثيقة فإنه يتعذر لشركة تطلب مراجعتها لبياناته، فيؤمّن لها مراجعته [1] أشهر.
- في حال إضافة الحالات الجديدة، لا يحق للمؤمن الحدد عدد اصحابه على وثيقته التأمينية.
- عدم تخطيطه في حالة الولادة الجديدة، أو إذا تم إدخاله إلى التأمين.
- عدم تخطيطه قيام صاحب التحمل بالتوقيع بعد عن المؤمن له.

Entity's Stamp:

C.R 2051028831

Employee Signature:

Date:

24/11/2020

6-2018 VSHE-3

Unified Medical Declaration Form
نموذج الاقصام 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 بتنمية هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير ولضمان حصولك وتقديرنا
لأنك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب مبادئ الونية الموحدة

Type:
 Addition
Policy No.\CR:
Mobile: 0563943769

رقم الوثيقة/السجل التجاري:
رقم الجوال:
 New
 جديد
ID No.:
2410744565
رقم الهوية:
Gender: Male

Nationality: Philippines

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 الكلمة (نعم)

No.	نعم	
1	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تنويمك بالمستشفى خلال آخر 12 شهر؟
2	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط : التوحد، الورم، الجيدي، السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكلوي، القيريوسي المزمن، سي، حصوات المريء، العيش الكلوي، حصوات المساكن البولية، نقص الغدد الدرقية، التهابات، ورم، ليفي بالرحم، الغثيان، أمراض المخاعة الدانية أو التصلب المتعدد؟
3	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو الشائكة، الخلفية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطرابات الخلايا المتعددة، الثالاسيما، العميقوفيلا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرئتين، ضمور العضلات الشوكية، تشوهات الأعصاب التائية، أمراض الكروموسومات، مرض بوشر، مرض التكيس الفولي، التليف الكتيسي، هيموغرافاتوسين، عرض ويلسون، تكيس الكلبين الخلقي الوراثي؟
4	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط : المياه، مياه رقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية؟
5	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط : الزرارى الغضروفى (الدىسك)، ألم رأس العمود الفقرى، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة؟
6	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	لأنثى الحامل فقط . حمل حالياً جنين واحد. حمل حالياً مع قيصرية سابقة. حمل حالياً متعدد الجنين. 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
(نوع حالة الحياة: دعم، البقاء، دادر الحالة في الصدول أدناه)

اسم المقدم الخدمة Provider Name	الحالة Case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القبيلة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف/أفراد العائلة Employee/Dependent Name	رقم No.
									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) 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.

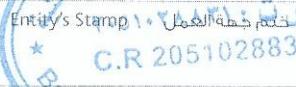
الاقرار والتقويض:

أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه شاملة ومصححة وبناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأن التعاونية لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعانها لتزويدها بأى معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقدير المخاطر.

أوافق على أحقيتها الت-paneنية في رفض المطالبة أو التغطية كلانا عند عدم الافتتاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي تشتات قبل تاريخ التعاقد أو قبل تسجيل أو إنشاء موافق له حال قبرة سريري العقد.

أقر بأني قد قرأت وفهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم إشارتي لأي من الحالات المذكورة أعلاه يعني بغير مبالغة واجد ما يبيحه قانون الأدلة المدنية وعليه أوقع.

عدم تعبيبة بيانات الطول والوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تناقض عملية براحة السمية المفترضة.


Employee Signature
توقيع الموظف
Date
التاريخ
24/11/2020

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

عند تجديد الوثيقة [11] يحق للتأمينة طلب تجديد التغطية فقط من له حق على عليه إلزامه.
لا يحق للشركة المطابق طلب تجديد التغطية فقط عند إضافة حديثة أو متعددة في حالة إضافة المدعى المسارع.

1
2
3
4

6-2018-VISNE-3



Unified Medical Declaration Form

نموذج الافتتاح 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 بتحديث هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير ولضمان حصولك وأفراد
أسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب معايير الوثيقة الموحدة.

Type:

Addition إضافةNew جديد

نوع الطلب:

Policy No.\CR:

رقم الوثيقة/السجل التأميني:

Mobile:

0565943769

Entity name: **BAYDUNI SECURITY SOLUTIONS EST.**
اسم الشركة: **Bayduni Security Solutions Est.**Employee name: **PALANIVELU MITHAIYAN**
اسم الموظف: **Palanivelu Mithaiyan**

ID No.:

2409991292

رقم الهوية:

Gender: **MALE**Nationality: **INDIAN**الجنسية: **INDIAN**

Marital status:

Married

متزوج

Single

أعزب

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 الكلمة (نعم):

No.	نعم <input type="checkbox"/>	هل تم التنويه بالمستشفى خلال آخر 12 شهر؟
1	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط : التوحد، الأورام، الحيدة السرطانية، أمراض القلب، الاتهاب الحديدي القبوي والبروستات، سي حصوات المثانة، العقيلي، حصوات الميالكولي، تضخم العده الدقيقة، التكيسات، وهم يليفي بالردم، الغتف، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد؟
2	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوّهات الخلفية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطرابات الجهاز المخاطري، الذالسيميا، العيجموفيلا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الراس، ضمور العصبات الشتوّيجي، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، عرض غوشر، عرض التكيس الغولجي، التليف الكريسي، هيموهوافونوسين، هرمون ويلتون، تكيس الكلبين الخلقي الوراثي؟
3	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط عياء بيضاء، عياه زقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية؟
4	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط : الإنزلاق الغضروفوي (الديسك)، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة؟
5	<input checked="" type="checkbox"/>	لائحة الحال فقط: حمل حالياً حدين واحد، حمل حالياً مع قبصرة سابقة، حمل حالياً متعدد الأجنحة، تاريخ الولادة المتوقع.
6	<input checked="" type="checkbox"/>	لائحة الحال فقط: حمل حالياً حدين واحد، حمل حالياً مع قبصرة سابقة، حمل حالياً متعدد الأجنحة، تاريخ الولادة المتوقع.
7	<input checked="" type="checkbox"/>	لائحة الحال فقط: حمل حالياً حدين واحد، حمل حالياً مع قبصرة سابقة، حمل حالياً متعدد الأجنحة، 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 الإيجابية بنعم، الرجاء دفتر الحال في الصدول أدناه)

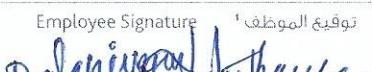
اسم المقدم الخدمة Provider Name	الحالة Case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف/أفراد العائلة Employee/Dependent Name	No.
									1
									2
									3
									4
									5
									6
									7

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) 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.



شركة التعاونية
C.R 2051028831

Employee Signature 
Palanivelu Mithayyan

Date: 24/11/2020
التاريخ

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

بعد تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب تأمين لأي سبعين يوماً من تاريخ تجديد الوثيقة إلى يوم تجديد الوثيقة الجديدة، وذلك بعد إضافة أي شخص آخر إلى التأمين على تأمين الشخص المسئولة.
لا يحق للشركة إيقاف تأمين طفل بمقدار إجمالي صافي المدفوعات المطلوبة للتأمين على تأمين الشخص المسئولة.
عدم تجديد تأمين طفل بمقدار إجمالي صافي المدفوعات المطلوبة للتأمين على تأمين الشخص المسئولة.

6-2018VLSHE-3

Unified Medical Declaration Form
نموذج الاقصاح 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 ببعضك هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير ولضمان حصولك وإفادتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة.

Type:
 إضافة New جديد

نوع الطلب:
Policy No.\CR:
رقم الوثيقة/السجل التجاري:
Mobile:
0565943769
رقم الجوال:
Entity name:
BAYOUNI SECURITY SOLUTIONS EST
Employee name:
ROSHAN MATHANTRIGE Gunapala
ID No.:
2405002656
رقم الهوية:
Gender:
MALE
Nationality:
SRILANKA
Marital status:
 متزوج 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 الكلمة (نعم):

1	Any hospital admission during the last 12 months ?	No <input checked="" type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	هل تم إقامتك بالمستشفى خلال آخر 12 شهراً؟
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases <u>limited to</u> : 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 ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط : التوحد، الأورام، الحبالة، السرطان، أمراض القلب، الانتعاش الخديقي، حصوات الكريوسى المرقى سى، حصوات المريارة، العشل الكلوى، حصوات الميسالك البولية، تخدم العدة الدقيقة، التكيسات، ورم، ليفي بالرحم، الغثيان، أمراض المعنعة الذاتية أو التصلب المتعدد؟
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases <u>limited to</u> : Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, Gaucher's disease, G6PD Deficiency, cystic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأى من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطرابات الكبد المختلية، الثلاسيميا، العميموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكى، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكريوموسومات، عرض غوشر، عرض الكيس الفولى، التليف الكيسي، هيموغراماتوسين، عرق، ويلسون، تشيس الطفليين الخلقى الوراثي؟
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases <u>limited to</u> : Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأى من أمراض العين التالية فقط : مياه بيضاء، مياه رقا، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية؟
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases <u>limited to</u> : Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأى من أمراض العظام التالية فقط : الانزلاق الغضروفى (الديسكل)، انحراف العمود الفقرى، انتعاش المفاصل أو تمزق الأربطة؟
6	Pregnant Females only: Current single pregnancy. Current single pregnancy with previous CS delivery. Current multiple pregnancy. Expected delivery date:	No <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	لأنثى الحامل فقط. حمل حالي جلين واحد. حمل حالي مع قيصرية سابقة. حمل حالي متعدد الأحنة. تاريخ الولادة المتوقع:

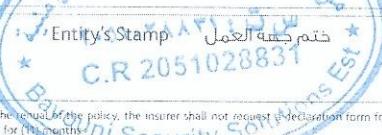
**Employee and dependent's details that need to be added
(In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)**
**بيانات الموظف وأفراد العائلة المراد إضافتهم
(في حالة الإجابة بـنعم، الرجاء دمك الحالات في الجدول أدناه)**

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

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.

- أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه شاملة وصحيفة وبناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأن التعاونية لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي انتماعها معها للتوبيخ بأى معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقدير المخاطر.
- أوافق على أهمية التعاونية في بعض الحالات والتشخيصية كلما عند عدم افتتاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي اشتلت قبل تاريخ التعاقد أو قبل تسجيل أو إضافة موطن له حال قبرة سرير العقد.
- أقر بأنني قد قرأت وفهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتفق به أنا بعد تناول المخاطر على إقامتي أي من الحالات المذكورة أعلاه بعد تجاهلها وتقديم ما يتحقق الأفتتاح عنه وعلى أي أقواف.
- عدم تعبئة بيانات الطول والوزن سيؤدي إلى رفض تخطيطه بخلاف عملية درجة الحرارة السمية المفترضة.

Entity's Stamp  ختم جهة العمل <i>C.R 2051028831</i>	Employee Signature <i>Roshan</i>	توقيع الموظف <i>24/11/2020</i>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------	------------------------------------------

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

- بعد تجدد الوثيقة فإنه يحق للشركة طلب تجديد التأمين على موطن له تجاهل عنده لفترة 12 شهراً.
- إذا تمت تجديد التأمين على موطن له تجاهل عنده لفترة 12 شهراً، فلن يتم طلب تجديد التأمين على موطن له تجاهل.
- عدم تناولية قيام صاحب العمل بالتوقيع بعد عن الموظف له.

6-2018/SNE-3

Unified Medical Declaration Form
نموذج الإقحاح 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 بتحميمه هذا النموذج بالشكل الصحيح لعرض السعر ولضمان حصولك وعائلتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة.

Type:
 إضافة ^١
 New ^٢
 جديد ^٣
Policy No./CR:
Mobile:
رقم الوثيقة/السجل التحاري:
0565743769
رقم الجوال:
ID No.:
2312147735
Gender:
MALE
Nationality:
NEPAL
الجنسية:
Marital status:
 متزوج ^٤
 Single ^٥
 عازب ^٦
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 الكلمة (نعم):

No.	نعم	هل تم التنوية بالمستشفى خلال آخر 12 شهر؟
1	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط التوود، الورم، الحميدة، السرطان، أمراض القلب، انتهاك الحديق القبوي، أمراض سي، حصوات المراة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التهابات، وتم ليفي بالرحم، العرق، أمراض المخاعة الدانية أو التصلب المتعدد؟
2	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلفية التالية فقط الشلل الدماغي، اضطرابات احتالياً المثلية، الثلاثيمية، العصيموفيلا، أمراض التمثيل العدائي، سيدسقان الرأس، شمور العضلات الشوكوي، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموموسومات، عرض غوشر، مرض الكيس الفولي، التليف الكتيسي، هيموكروروماتوسين، عرض ويلسون، تكيس الطبلتين الخلقي الوراثي؟
3	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط عياء بيضاء، عياء رقة، أمراض القرنية أو أمراض المشبكية؟
4	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط الأنزلاق الغضروفوي (الديسك)، آخراء العمود الفقري، انتهاك المفاصل أو تمزق الأربطة؟
5	<input checked="" type="checkbox"/>	لأنثى الحامل فقط: حمل حالي جرين واحد. حمل حالي مع قبصرة سابقة. حمل حالي متعدد الأحنة. تاريخ الولادة المتوقع:
6	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	حمل حالياً جرين واحد. حمل حالياً مع قبصرة سابقة. حمل حالياً متعدد الأحنة. تاريخ الولادة المتوقع:

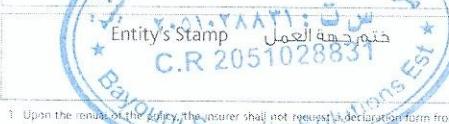
**Employee and dependent's details that need to be added
(In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)**
**بيانات الموظف وأفراد العائلة المراد إضافتهم،
في حالة الإجابة بنعم، الرجاء دظر الحالات في الجدول أدناه**

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
									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) 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.

- اقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه شاملة وصحيحة وبناء عليه فإن قبول الطلب سيقتصر على أساس هذه البيانات وأن التعاونية لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي اتتني ببياناتها بأي معلومات ذاتية قد تحتاج إليها لتقدير المخاطر.
- أوافق على أحقيتها التعاونية في نفس المطالبة أو التقطيفية كلما عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي تفتقر قبل تاريخ التعاقد أو قبل تسجيل أو إضافة مؤمن له حال قبرة سريان العقد.
- اقر بأنني قد قررت وفهمت جميع ما جاء في هذا النموذج مما انعدم شأن عدم إشارتي أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه بغير تمهيزه بتفصيلاته أو وجوهه، وإن لم يتحقق ذلك فإنه يتعذر عليه وقوفه.
- عدم تعبئة بيانات الطول والوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تناوله عملية حرارة الجسمية المفترضة.


Employee Signature
Bahadur Magar
Date / التاريخ
29/11/2020

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

- عدد تجديد الوثيقة فإذا لم يتحقق للأمر طلب تجديد، فيتم تجديد المدة المائية لبياناته.
- في حال انتهاء الصلاحية، يطلب تجديد طلب المعاشرة للتأكد من صحة المعلومات المدخلة في النموذج.
- عدم تجديد الوثيقة قيام صاحب العمل بالتوقيع بها عن المؤمن.

6-2018-V15-ME-3

Unified Medical Declaration Form
نموذج الافتتاح 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 بتحديث هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير ولضمان صحتك وافقك
أسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب مدفع الوثيقة الموحدة.

Type:
 إضافة New جديد

Policy No \CR:
Mobile: 0565943769

رقم الوثيقة/السجل التجاري:
رقم الجوال:
Entity name: BAYOUNT SECURITY SOLUTIONS EST.
Employee name: SOM BAHADUR PARIYAR

ID No.:
2 3 3 3 3 5 9 9 0 5
رقم الهوية:
Gender: MALE

Nationality: NEPAL **الجنسية:**
Marital status: Married متزوج Single أعزب

Please declare any of below cases by marking ✓ under the word (Yes):
يرجى الافتتاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع إشارة ✓ في المربع تحت الكلمة (نعم):

No.	Yes نعم <input type="checkbox"/>	هل تم التنويم بالمستشفى خلال آخر 12 شهراً؟
1	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط : التوحد، الأورام، الصبيحة، السرطان، أمراض القلب، امتحان الكبد الغيرولي، حصوات الميالك البولية تخص بني، حصوات المريارة، العيشل الكلوي، حصوات الميالك البولية تخص الغدة الدرقية، التكيسات، ورم يقع بالردهم، العنق، أمراض المعناء الذاتية أو التصلب المتعدد؟
2	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط : التوحد، الأورام، الصبيحة، السرطان، أمراض القلب، امتحان الكبد الغيرولي، حصوات الميالك البولية تخص بني، حصوات المريارة، العيشل الكلوي، حصوات الميالك البولية تخص الغدة الدرقية، التكيسات، ورم يقع بالردهم، العنق، أمراض المعناء الذاتية أو التصلب المتعدد؟
3	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط : التوحد، الحادية، العصبية، اضطرابات الدماغ، اضطرابات الدماغ المثلثية، الثالاسيديا، العصيموفيلا، أمراض التمثال العذاني، استسقاء الرأس، ضمور العصبات الشوكية، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموزومات، عرض غوش، عرض التكيس الفولي، التليف الكريسي، هيموكروروماتوسين، عرض ويلسون، تشيس الطبلين الخلفي الوراثي؟
4	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط : عياء بيضاء، عياء زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية؟
5	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط : الانزلاق الغضروفي (الدليس)، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الارتبطة؟
6	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	لأنثى الحامل فقط: حمل حالي جنين واحد. حمل حالي مع قيصرية سابقة. حمل حالي متعدد الأحنة. تاريخ الولادة المتوقع:
7	/ /	

**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 بـنعم ، الرجاء دم حالتها في الجدول أدناه)**

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم المعرفة ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف/أفراد العائلة Employee/Dependent Name	No.
									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) 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.

- اقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصححة وبناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأن التعاونية لها الحق في الحصول بالمستشفيات التي أتعامل معها للوقوف بما يليه مطلع طبيبة قد تحتاج إليها لتقدير المخاطر.
- أوافق على أحكام التعاقدة في بعض الحالات أو الت Expedited كلها عند عدم الافتتاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه تنشات قبل تاريخ التعاقد أو قبل تسجيل أو إضافة موطن له حال فرقة سريان العقد.
- اقرائي قد قرأت وفهمت جميع ما جاء في هذا النموذج مما انعدم بان عدم اشتراكي أيام أي من الحالات المذكورة أعلاه يغير بنياتي يعني وجد ما يتحقق الافتتاح عليه أبوقي.
- عدم تعبئة بيانات الطول والوزن سيؤدي إلى رفض تخطيطه بخلاف عملية درجة الحرارة السمعية المفترضة.

Entity's Stamp 	Employee Signature 	Date التاریخ 29/11/2020
----------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------

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

- بعد تجديد الوثيقة فإنه يحق للشركة طلب مجدد في افتتاح أي موطن لها حتى على غيرها.
- لا يحق للشركة طلب تجديد افتتاح أي موطن بعد اتفاقهم على وثيقة التأمين الصحي المساعدة.
- في حال الحاجة الصادرة طلباً بتجدد افتتاح أي موطن بعد اتفاقهم على وثيقة التأمين الصحي المساعدة.
- عدم تفاصيله قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلاً عن المross له.

Unified Medical Declaration Form
نموذج الافتتاح 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 بتحقيق هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير ولضمان حصولك وآفراد
أسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب مناقع الورقة الموحدة.

Type:
 إضافة ^٣
 New جديد

نوع الطلب:
Policy No. \ CR:
رقم الوثيقة/السجل التجاري:
Entity name:
Mobile:
رقم الجوال:
Employee name:
ID No.:
2 3 9 6 5 2 7 4 6 9
Gender:
MALE
Nationality: EGYPT
الحالة الاجتماعية:
 متزوج متزوجة أعزب Single

Please declare any of below cases by marking ✓ under the word (Yes):
يرجى الافتتاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع إشارة ✓ في المربع تحت الكلمة (نعم):

No.	نعم Yes	هل تم تدوينه بالمستشفى خلال آخر 12 شهراً؟
1	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط التوحد، الأورام، الجيده، السرطان، أمراض الكبد، الالتحان الكبدى القىروسي المرضى سي، حصوات المريارة، العثيل الكاولوى، حصوات الميالكال البولية، تخدم الغدة الدرقية، التهابات، ورم ليفي بالرجم، العفت، أمراض المعناء الدانية أو التصلب المتعدد؟
2	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأى من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخالية التالية فقط الشلل الدماغي، اضطرابات الخلايا المنبلية، الثالاسيما، الهيموغلوبينا، أمراض التمثيل الغذائي، تشوهات الأعصاب التنسائية، أمراض العضلات الشوكى، تشوهات العظام التنسالية، أمراض الكروموزومات، عرض مؤشر، عرض الكيس الفولى، التليف الكتيسي، هيموغرافوسين، عرض ويلسون، تخيس المطبلتين الخلقي الوراثي؟
3	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأى من أمراض العين التالية فقط مياه بيضاء، مياه رقيقة، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية؟
4	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأى من أمراض العظام التالية فقط النزلالي الغضروفى (الديسكل)، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الاربطة؟
5	<input checked="" type="checkbox"/>	للأنثى الحامل فقط حمل حالي جنين واحد. حمل حالي مع قبضرة سابقة. حمل حالي متعدد الأجنة. تاريخ الولادة المتوقعة:
6	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	اسم الموظف/أفراد العائلة المراد إضافتهم في حالة الإجابة بنعم، الرجاء ذكر الحالة في الصدول أدناه

Employee and dependent's details that need to be added:

(In case of a Yes answer above, please describe the case in the table below)

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	No.
									1
									2
									3
									4
									5
									6
									7

Undertakings:
الاقرارات والتغويض:

- 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:
رقم العمل
C.R 2051028831
Employee Signature:
توقيع الموظف
Date:
التاريخ
Xhaled Anwad 29/11/2020

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

عند تجديد الورقة فيه يحق للشركة طلب توثيق الافتتاح على موسم لا يزيد على (11) شهراً
لا يحق للشركة طلب توثيق الافتتاح على المواليد الجديدة عند انضمامهم على وثائق التأمين الصحي المترتبة
في حال الحاجة السابقة للأفراد طلب توثيق الافتتاح على المواليد الجديدة بعد موسم لا يزيد على (11) شهراً
عدم احتساب قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلاً عن المؤمن له



Unified Medical Declaration Form

نموذج الافتتاح 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 ببعضه هذا النموذج بالشكل الصحيح لفرض التسجيل ولضمان حصولك وفرازك
أنت على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب ميقات الوثيقة الموحدة.

Type: إضافية New جديد

نوع الطلب:

Policy No.\CR: رقم الوثيقة/السجل التحاري
Mobile: ٠٥٦٥٩٤٣٧٨٩ رقم الجوال:Employee name: BAYOUNI SECURITY SOLUTIONS اسم العامل
Employee name: IBRAHIM ABDELNASSER YOUSSEF ABDELLAH اسم العامل

ID No.: ٢٣٧٨٢٠٤٠٧٨ رقم الهوية:

Gender: MALE Nationality: EGYPT الجنسية

Marital status: Married متزوج Single متزوج

Please declare any of below cases by marking ✓ under the word (Yes):

يرجى الافتتاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع إشارة ✓ في المربع تحت الكلمة (نعم)

1	Any hospital admission during the last 12 months ?	No <input checked="" type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	هل تم تنويمك بالمستشفى خلال آخر 12 شهر ؟
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases <u>limited to</u> : 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 ?	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط التوحد، الأورام، الحميدة، السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الحدي، القيريري المرضي، سب، حصوات المريارة، القشل الكلوي، حصوات الميسال البولية، تخدم، الغدة الدرقية، التكيسات، ورم، ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المياعنة الدانية أو التصلب المتعدد؟
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases <u>limited to</u> : Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, Gaucher's disease, G6PD Deficiency, cystic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease ?	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو الشائكة، الشقيقة، الشلل الدماغي، اضطرابات الخلايا المندبرية، التالسيميما، الهميوفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، صمور العصعصات الشوكية، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، عرض مؤشر، عرض الخصين القول، التليف الكيسي، هيموكركماتوسين، عرض ويلنسون، تشخيص الكلقيتين الخلقي الوراثي؟
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases <u>limited to</u> : Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases ?	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية <u>فقط</u> عياء بيضاء، عياء رقيقة، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية؟
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases <u>limited to</u> : Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears ?	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية <u>فقط</u> الانزلاق، الغضروفى (الديس)، انحراف العمود الفقري، التهاب المعاصل أو تمزق الأربطة؟
6	Pregnant Females only: Current single pregnancy. Current single pregnancy with previous CS delivery. Current multiple pregnancy. Expected delivery date:	No <input checked="" type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	لأنثى الحامل <u>فقط</u> . حمل حالى جنين واحد. حمل حالى مع قيصرية سابقة. حمل حالى متعدد الأحنة. 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
تفصيلاً حالياً رقم، البابا، دار، محل إقامته

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
									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) 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.

الاقرار والتفويض:
 1. اقر ان البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه دامنة ومحبطة وبناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وان التعاونية لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي اتعامل معها لرسوها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقدير المخاطر.
 2. أوافق على أحقيتها التعاونية في، نفس المطالبة أو التخطي كلها عند عدم الافتتاح عن وشود أي في الحالات المذكورة أعلاه التي ثبتت قبل تاريخ التعاقد أو قبل تسجيل أو إضافة موطن له حال قبرة سوريا العقد.
 3. اقر باليقى قد قررت وفهمت صدق ما جاء في هذا النموذج فيما يخصني أنا وشود أي من الحالات المذكورة أعلاه يغير بعدها تصور وجدود ما يتحقق الافتتاح عنه، وعلىه أوراق.
 4. عدم تعيين بيانات الطالب والوالدين سيؤدي إلى رفض تخطيط تحالف علاج فعالة حرارة السمية المفترضة.

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

عند تعيين الورقة فإنه لا يحق للشركة طلب مجدد لافتتاح أي شهري له معاشر عليه [1] أشهر.
 1. لا يحق للشركة طلب افتتاح كل مدد للتأمين الجديد بعد اضافة معاشره الي التأمين الصافي السنوي.
 2. لا يحق للشركة طلب افتتاح كل مدد للتأمين الجديد بعد اضافة معاشره الي التأمين الصافي السنوي.
 3. لا يحق للشركة طلب افتتاح كل مدد للتأمين الجديد بعد اضافة معاشره الي التأمين الصافي السنوي.
 4. لا يحق للشركة طلب افتتاح كل مدد للتأمين الجديد بعد اضافة معاشره الي التأمين الصافي السنوي.



Unified Medical Declaration Form

نموذج الإقحاح 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 بملء هذه النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير ولضمان حصولك وأفراد

أسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب مفهوم الرعاية الموحدة

Type:

Addition إضافة

Policy No./CR:

Mobile: 0565975769

رقم الوثيقة/السجل التجاري

رقم الجوال:

New جديد

نوع الطلب:

BAYUNI SECURITY SOLUTIONS PJSC

اسم المستفيد:

Employee name: YASLAM MOHAMMED YASLAM RAYA WITAIN

ID No.:

2377310186

رقم الهوية:

Gender: MALE

Nationality: YEMEN الجنسية:

Marital status: Married متزوج Single أعزب

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 الكلمة (نعم)

No.	Yes	نعم	هل تم تنويمه بالمستشفى خلال آخر 12 شهراً؟
1	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط التوحد، الأورام،
2	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الجيئون، السرطان، أمراض القلب، الاعصاب الحدية، الفيروسية، المرض، سوء حصوات المثانة، الفيروسية، حصوات المثانة البولية، تضخم الغدة الدرقية، الكيسات، وهم يليق بالرجيم، العرق، أمراض المغة الدانية أو التصلب المتعدد؟
3	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط، الشلل الدماغي، اضطرابات الجهاز المنوي، التلاسيميا، العيوب الوراثية، أمراض التمثيل الغذائي، سنتساغ، الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأعصاب التنسالية، أمراض الكروموسومات، عرض غوشري، عرض التكيس الفولي، التليف الكيسي، هيموكراتوماوسين، عرض ويلسون، تخيس الطبلتين الخلقين الوراثي؟
4	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط، مياه بيضاء، مياه رقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية؟
5	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط، الانزلاق الغضروفية (الديسك)، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة؟
6	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	/ /	لأنثى الحامل فقط، حمل حالياً جنين واحد، حمل حالياً مع قبضرة سابقة، حمل حالياً متعدد الأحنة، تاريخ الولادة المتوقعة:

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 بـنعم، الرجاء دعم الحالات في الصدول 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
									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) 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.

الاقرار والتفويض:
1. اقر ان البيانات والمعلومات المذكورة اعلاه كاملة ومحبطة وبناء عليه فان قبول الطلب سيعتمد على اساس هذه البيانات ونلتزم بالتعاونية لحل حقوق الاصحاء بالمستشفيات التي اتعامل معها لتزويدها بأى معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقدير المخاطر.

2. اوافق على احتجبة التعاونية في تقديم المعلومات او التخطيط كلما عند عدم الافتتاح عن وجود اي من الحالات المذكورة اعلاه التي تتشابه قبل تاريخ التعاقد او قبل تسجيل او إضافة موطن له حال قرارة سريان العقد.

3. اقر باليقى فرات وفهمت جمدع ما جاء في هذا النموذج مما انعدم إشعاري بأمام أي من الحالات المذكورة اعلاه يعتبر بمثابة نسي وجد ما يصدق الافتتاح عنه وعليه أقوى.

4. عدم دفعه ببيانات الطول والوزن سيؤدي إلى رفض تخصيص مبالغ مقطعة لزيارة السمية المقترنة.

Entity's Stamp: تخدمك العملة

C.R 2051028831

Employee Signature:

YASLAM MOHAMMED YASLAM RAYA WITAIN

Date/التاريخ:

29/11/2020

6-2018/MSIE-3

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

عند تجديد الرؤوسية (أو بعدها بـ(11) شهراً) على مذكرة في المطالعات لأي موطن له حال قرارة تفويضه عليه (11) شهراً
لا يحق للشركة طلب تفويضه إلا إذا تم تجديد المطالعات بعد إضافتهم على قائمة التأمين الصحي المساعدة.
في حال الحاجة لاستخدام طلب تفويضه، أو تجديد المطالعات، أو تجديد تفويضه.
عدم تطبيقه فيما صاحب العمل بالتوافق بدلاً عن المؤمن له.



Unified Medical Declaration Form

نموذج الافتتاح 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 المiform بالشكل الصحيح لفرض التسجيل ولضمان تصوتك وأقرارك
أسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب معايير الونية الموحدة.

Type:

Addition إضافة New جديد

نوع الطلب:

Policy No. \CR:

Mobile:

رقم الوثيقة/السجل التجاري:

0565943769

رقم الجوال:

Entity name: BAYANI SECURITY SOLUTIONS EST.

Employee name: NASSER OMER ABDULLAH ALAMOUDI

ID No.:

2055260687

رقم الهوية:

Gender: MALE

جنسية: YEMEN

الحالة الاجتماعية: متزوج مطلق Single

Please declare any of below cases by marking ✓ under the word (Yes):

	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/> نعم	
1 Any hospital admission during the last 12 months ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم التنويم بالمستشفى حال آخر 12 شهراً؟
2 Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases <u>limited to</u> : 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 ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية <u>فقط</u> التوحد، الورم، الحيدة السرطان، أمراض القلب، الالتهاب القيروسي المزمن، سي، حصوات المرارة، القشل الكلوي، حصوات الميالكول البولي، تخدم العدة الدقيقة، التهابات، وهم، وليفي بالردم، العنق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد؟
3 Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases <u>limited to</u> : Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, Gaucher's disease, G6PD Deficiency, cystic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأى من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخافية التالية <u>فقط</u> ، الشلل الدماغي، اضطرابات الكبار المغذية، الثلاثيميا، العيوب الوراثية، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرئتين، ضمور العصارات الشوكية، تشوهات الأعصاب التنسالية، أمراض الكروموسومات، مرض عوش، مرض الكيسين القولي، التليف الكريسي، هيموغرافوسين، عرض ويلسون، تشيس الكلبين الخلقي الوراثي؟
4 Have you been diagnosed with any of the following eye diseases <u>limited to</u> : Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأى من أمراض العين التالية <u>فقط</u> ، عياء بيضاء، عياء رقاقة، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية؟
5 Have you been diagnosed with any of the following bone diseases <u>limited to</u> : Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأى من أمراض العظام التالية <u>فقط</u> ، الانزلاق الغضروفي (الديسك)، انحراف العمود الفقري، تشنج المعاصل أو تمزق الأربطة؟
6 Pregnant Females only: Current single pregnancy. Current single pregnancy with previous CS delivery. Current multiple pregnancy. Expected delivery date:	No <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/> نعم <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	بالأثنى الحاصل <u>فقط</u> . حمل حالي جنين واحد. حمل حالي مع قيصرية سابقة. حمل حالي متعدد الأجنحة. تاريخ الولادة المتوقعة:

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)

اسم تقديم 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
					2065943769	NIFE	F	NORAH SAED SALEH ALQUNAYERI
					2121118760	SDA	M	HASSAN NASSER OMER ALAMOUDI
					2121118752	Daughter	F	MANAL NASSER OMER ALAMOUDI
								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) 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.

الاقرارات والتقويض:

- اقرر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه دالة ومحبطة وبناء عليه فإن قبول الطلب سيقتصر على أساس هذه البيانات وأن التعاونية لها الحق في الحصول على معلوماتك الشخصية التي تتعلق ببياناتك الطبية.
- أوافق على أهمية التفاصيل في إثبات المطالبة أو التقطيع كلها عند عدم إثبات أي من الحالات المذكورة أعلاه التي ثبتت قبل تاريخ التعاقد أو قبل تسجيل أو إضافة موسي له حال قبره.
- اقررائي قد قررت وفهمت تماماً أن هذا المiform يحظر ما يزيد عن عدم إثبات أي من الحالات المذكورة أعلاه بعد تبرئتها من تبعيتها أو ورقها.
- عد تعبئة بيانات الطول والوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تناولات عملية جراحة السمنة المفرطة.



Employee Signature توقيع الموظف

NASSER ALAMOUDI

Date التاریخ 24/11/2020

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

- بعد تجديد الونية فإنه يحق للمساوية طلب موافقة تغطية تناولات عملية جراحة السمنة المفرطة.
- لا يحق لشركة التأمين طلب تغطية تناولات عملية جراحة السمنة المفرطة عند إضافة عميل آخر إلى وليفة التأمين الصحي السابقة.
- لا يحق لأصحاب العائلة تأمينهم للأفراد الذين لا يملكون وليفة تأمين.
- عد تعبئة بيانات العمل والوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تناولات عملية جراحة السمنة المفرطة.

Unified Medical Declaration Form
نموذج الاقصاص 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 لفرض التسعير ولضمان حصولك وأفرادك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة.

Type:
 إضافة

Policy No.\CR:
Mobile: 0565943769

رقم الوثيقة/السجل التجاري
رقم الجوال:
 New

 جديد

نوع الطلب:
Entity name: BAYANI SECURITY SOLUTION EST

Employee name: MOHSEN AHMED ALAMOUDI

ID No.:
2026367710
Gender: MALE

Nationality: YEMEN

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 الكلمة (نعم)

		No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/> نعم	
1	Any hospital admission during the last 12 months ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم التنويم بالمستشفى خلال آخر 12 شهراً
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases <u>limited to</u> : 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 ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط : التوحد، الأورام الخبيثة، السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الحديقي الفيروسي المزمن، سني، حصوات المثانة، الكلى، حصوات الميالكول، التهاب الغدة الدرقية، التكيسات، ورم، ليفي بالمرفق، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد؟
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases <u>limited to</u> : Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, Gaucher's disease, G6PD Deficiency, cystic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطرابات الجهاز العصبي المركبة، الالاسيميا، العيوبوفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكية، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، عرض غونثر، مرض التكيس المقاولي، التليف الكيسي، هيموغروماتوسين، عرق، ويلتون، تكيس الكلبين الدلفي الوراثي؟
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases <u>limited to</u> : Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط : مياه بيضاء، عياء رقة، أمراض القربة أو أمراض الشبكية؟
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases <u>limited to</u> : Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط : انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تفرق 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 checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	لأنثى الحامل فقط : حمل حالي جيد وآمن. حمل حالي مع قيصرية سابقة. حمل حالي متعدد الأجنحة. تاريخ الولادة المتوقعة.

**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 بـنعم، الرجاء دفتر الحالة في الصندوق 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
					2015F0018	MATFE	F	FERYAL MOHAMMED
					2202868689	Dawhla	F	SARAH MOHSEN AHMED ALAMOUDI
					2222383024	Son	M	OSAMA MOHSEN AHMED ALAMOUDI
								4
								5
								6
								7

Undertakings:
الاقرار 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 وردت عليه قبل قبول التأمين سيتم على
أساس هذه البيانات وأن التعاونية لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي اتتكم معلومات تدل عليها قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر
أتفق على مساعدة التعاونية في رخص الطبيعة أو التغطية كلما عند عدم الاقتراح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي تثبت قبل تاريخ التعاقد أو قبل تسجيل أو إضافة مؤمن له حالاً غيره
غير الحال.
أقر بباقي قرارات وقامتها جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم إشارتي أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة تعيين وجد ما يستحق الاقصاح عنه وعندي أوجه.
عدم تعيينه بيانات الطول والوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تجاري عملية حرارة السمعية المفترضة

1. Upon the renewing 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 born, 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.

عبدالله الرواشنة قاله: "لدي للشركة طلب بمد فترات تغطية طبي للمواطنين المحدد عند إصدارهم تغطية طبي وشهادة المعاشرة المعنوية المساربة"
 في حال الحاجة لافتتاح تأمين آخر فمدة تغطية طبي للمواطنين المحدد عند إصدارهم تغطية طبي وشهادة المعاشرة المعنوية المساربة
 عدم تغطية قيام صاحب التأمين بالتوقيع بعد موافقة الموظف

6-2018-VI-SHE-3

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 التسجيل ولضمان حصولك وأفراد

أسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة.

Type:
 Addition **إضافة**
 New **جديد**
نوع الطلب:
Policy No.\CR:
Mobile: 0565943767
رقم الوثيقة/السجل التجاري:
رقم الجوال:
Entity name:
BAYOUNI SECURITY SOLUTIONS EST
Employee name:
THOMAS ABRAHAM
ID No.:
2039986477
رقم الهوية:
Gender: MALE
Nationality: INDIAN
الجنسية:
Marital status: **Married** **متزوج** **Single**
الحالة الاجتماعية: **أعزب** **متزوج** **孀**
برجى الإفصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع إشارة ✓ في المربع تحت كلمة (نعم):

1	Any hospital admission during the last 12 months ?	No <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Yes	نعم <input type="checkbox"/>	هل تم التنويم بالمستشفى خلال آخر 12 شهر ؟	1
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases <u>limited to</u> : 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 ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط التوحد، الأزماء الحميدة، السرطان، أمراض القلب، الاعصاب الكبدية الكيروسي المزمن، سب، حصوات المريء، الغشاء الشوكوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ينبع بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد؟	2
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases <u>limited to</u> : 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 ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنحلية، التالاسيميا، العينوفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العصارات الشوكوي، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموزومات، مرض غوش، مرض التكيس الشفولي، التليف الكيسي، هيموغروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكلينين الخلقي الوراثي؟	3
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases <u>limited to</u> : Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط : مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض العينية أو أمراض الشبكية؟	4
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases <u>limited to</u> : Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط : الإلزلاق العضري (الديسك)، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الارتبطة؟	5
6	Pregnant Females only: Current single pregnancy. Current single pregnancy with previous CS delivery. Current multiple pregnancy. Expected delivery date:	No <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	لأنثى الحامل فقط: حمل حالي حبنة واحدة. حمل حالي مع قيصرية سابقة. حمل حالي متعدد الجنين. تاريخ الولادة المتوقعة:	6

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)

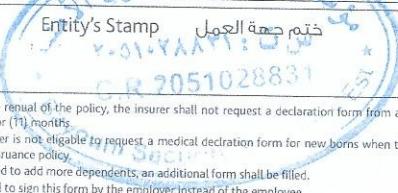
بيانات الموظف وأفراد العائلة المراد إضافتهم
(في حالة الإيجابة بـنعم، الرجاء ذكر الحالات في الجدول أدناه)

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
		<u>0565943767</u>			<u>2067603767</u>	<u>WIFE</u>	<u>F</u>	<u>SUSON ABRAHAM</u>	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) 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.

- الاقرارات والتغويض:**
- أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيفة وبناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأن التغويض لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي اتّحتم معها للنزول بها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقدير المخاطر.
 - أوافق على أتفقة 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.
 - أقر بأني قد قرأت وفهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم إشارتي أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر باتفاقي نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه وعليه أوقع.
 - عدم تعبئة بيانات الطول والوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية دراحة السمنة المفترضة.

Entity's Stamp	ختام جهة العمل	Employee Signature	توقيع الموظف	Date	التاريخ
				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 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.					
عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج إفصاح آخر مؤمن له مضى عليه (11) أشهر. لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج إفصاح طبي للمواطن الجديد إضافتهم على وثيقة التأمين الصديقية. في حال الحاجة إضافة تبعين آخرين عليهم تعبئته بنموذج جديد. عدم تطبيقه فيما صاحب العمل بالتوقيع بدلاً عن المؤمن له.					

٦-٢٠١٨.٦.٣

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 التسجيل ولضمان حصولك وأفراد

أسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة.

Type:

Addition إضافة

New جديد

نوع الطلب:

Policy No.\CR:

Mobile: ٠٥٦٥٩٤٣٧٦٩

رقم الوثيقة/السجل التجاري:
رقم الجوال:

اسم المنشآة: BAYOUNG SECURITY SOLUTIONS EST
Employee name: AHMED MOHAMED SHEHATA GOMAA

ID No.:

2288264423

رقم الهوية:

Gender: MALE

Nationality: EGYPT الجنسية:

Marital status: Married متزوج Single

الحالة الاجتماعية: أعزب في المربع تحت كلمة (نعم):
يرجى الإفصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع إشارة ✓ في المربع تحت كلمة (نعم):

1	Any hospital admission during the last 12 months ?	No <input checked="" type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>	هل تم التنويم بالمستشفى خلال آخر 12 شهر؟
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases <u>limited to</u> : 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 ?	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط <u>الوحيدة</u> : الجميدة، السرطان، أمراض الكبد، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن، سب، حصوات المريارة، الكلى، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد؟
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases <u>limited to</u> : 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's disease, Polycystic Kidney Disease ?	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية <u>فقط</u> : الشلل الدماغي، اضطرابات الحداب المنجلية، النالمسيمبا، الهموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، تشوهات الأعضاء التناسلية، الرأس، ضمور الخلايا الشوكية، تشوهات المفاصل، أمراض الكروموسومات، مرض غوش، مرض التكس الفولي، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكلينتين الخلقي الوراثي؟
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases <u>limited to</u> : Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases ?	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية <u>فقط</u> : مياه بيضاء، مياه رقاء، أمراض العزبة أو أمراض الشبكية؟
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases <u>limited to</u> : Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears ?	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية <u>فقط</u> : الإنراقة، الغضروفية (الديسك)، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الارتبطة؟
6	Pregnant Females only: Current single pregnancy. Current single pregnancy with previous CS delivery. Current multiple pregnancy. Expected delivery date:	No <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	لأنثى الحامل <u>فقط</u> : حمل حالي جنين واحد. حمل حالي مع قبضرة 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)

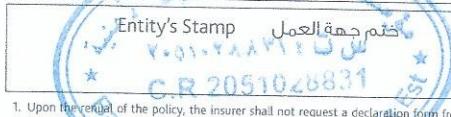
بيانات الموظف وأفراد العائلة المراد إضافتهم
(في حالة الإجابة بـنعم، الرجاء ذكر الحالات في الجدول أدناه)

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
		0565943769			2430130479 X JFE	F		ESRAA MOHAMED SOBHY ISSA	1
		0565943769			2430130456 SON	M		OMER AHMED MOHAMED SHEHATA	4
		0565943769.			2430130464 SON	M		MOHAMED AHMED MOHAMED SHEHATA	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) 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

الاقرارات والتوضيحات:
1. 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 انتم لها لتلقي العلاج طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر.
2. أوافق على أتفقية التعاونية في نفس المطالبة أو التغطية كلية عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل تسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة العقد.
3. أقر بائي قد قرأت وفهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم إشارتي أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعني تنازل نفسي عن وجود ما يستحق الإفصاح عنه وعلى إقامتي
4. عدم تجاهلي ببيانات الطول والوزن سببوني إلى رفض تغطية تأمينية حرامية حرامة السمنة المفرطة.



Employee Signature: Ahmed Goma.

Date: ٢٩/١١/٢٠٢٠

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

1. عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج إفصاح لأي مؤمن له مصري عليه (11) أشهر.
2. لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج إفصاح طبي للمواطدة الجديدة عند إضاعتها على وثيقة التأمين الصحي السابقة.
3. في حال الحاجة لضافة متأمنين يتعذر يتم تجاهل ذلك.
4. عدم تجاهلي ببيانات الطول والوزن سببوني إلى رفض تغطية تأمينية حرامة حرامة السمنة المفرطة.

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.

Type:
 إضافة²
Policy No.\CR:
Mobile:
0565943769
رقم الوثيقة/السجل التجاري:
رقم الجوال:
ID No.:
2102897242
Gender:
MALE
Nationality:
Egypt
الجنسية:
Marital status:
 متزوج
 Single
 أعزب

Please declare any of below cases by marking ✓ under the word (Yes):
عزيزي المؤمن له:

نأمل قيامك ببعضة هذا النموذج بالشكل الصحيح لخوض التسويق ولضمان حصولك وافراد

أسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموكدة.

نوع الطلب¹:
 جديد

Entity name:
BAYOUNI SECURITY SOLUTIONS
Employee name:
ALSAEED KAMEL ALI ABDELGAWAD
رقم الهوية:
الحالة الاجتماعية:
يرجى الإفصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع إشارة ✓ في المربع تحت كلمة (نعم):

1	Any hospital admission during the last 12 months ?	No <input type="checkbox"/>	Yes <input checked="" type="checkbox"/> نعم	هل تم التنويم بالمستشفى خلال آخر 12 شهراً ؟
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases <u>limited to</u> : 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 ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط : التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن، سى، حصوات المثانة، القنطرة الكلوية، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المثانة الذاتية أو التصلب المتعدد ؟
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases <u>limited to</u> : Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, Gaucher's disease, G6PD Deficiency, cystic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطرابات الجهاز المنجلية، الثلاثيميليا، العينوفيليا، أمراض الممثل الغذائي، استسقاء الرأس، صمور العضلات الشوكية، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموزومات، مرض غوش، مرض التكسر الفولي، التليف الكيسي، هيموكركماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكلبين الخلقي الوراثي ؟
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases <u>limited to</u> : Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط : مياه بباء، مياه زراء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية ؟
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases <u>limited to</u> : Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط : الانزلاق الغضروفى (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:	No <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	لأنثى الحامل فقط : حمل حالي بنتين واحد. حمل حالي مع قيصرية سابقة. حمل حالي متعدد الأجنة. تاريخ الولادة المتوقعة:

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 الماءء إضافتهم³
في حالة الإيجابية -نعم، الرجاء ذكر الحال 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	٥
		<u>0565943769</u>			<u>235794873</u>	<u>WIFE</u>	<u>F</u>	<u>NESRIN ELSAID ELSAYED RAMADAN</u>	
		<u>0565943769</u>			<u>235794881</u>	<u>SON</u>	<u>M</u>	<u>KAMEL ELSAID KAMEL ABDELGAWAD</u>	
		<u>0565943769</u>			<u>235794959</u>	<u>Daughter</u>	<u>F</u>	<u>SARA ELSAID KAMEL AHMED</u>	
		<u>0565943769</u>			<u>235794967</u>	<u>SON</u>	<u>M</u>	<u>KHALED ELSAID KAMEL ABDELGAWAD</u>	
		<u>0565943769</u>			<u>235794965</u>	<u>SON</u>	<u>M</u>	<u>YOUSSEF ELSAID KAMEL ABDELGAWAD</u>	
		<u>0565943769</u>			<u>239491317</u>	<u>Daughter</u>	<u>F</u>	<u>WALA ALSAEED KAMEL ABDELGAWAD</u>	

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

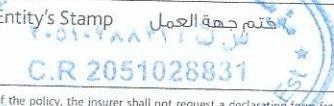
القرار والتقويم:

1. أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وبناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأن التعاوينة لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي تتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقدير المخاطر.

2. أوافق على أهمية التعاونية في رفض المطالبة أو التغطية كلياً عند عدم عدم إثبات إفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي ثبتت قبل تاريخ التعاقد أو قبل تسجيل أو إضافة موطن له خلال فترة سريان العقد.

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

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



قائم جهة العمل
C.R 2051028831



Employee Signature

Date التاریخ
24/11/2020

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

1. عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج إفصاح لإفصاح موطن له مضى عليه (11) أشهر.
2. لا يحق لشركة التأمين طلب ملخص إفصاح طبي لمواليد الجديدة بعد إضافتهم على وثيقة التأمين الصحي المترتبة.
3. في حال الحاجة إضافة بعدين أكثر يتم تقديم نموذج جديد.
عدم نظامية قيام صاحب العمل بالذوبيحة بدفع ديناً عن المرأة له.