

Unified Medical Declaration Form

نموذج الإفصاح الطبي الموحد

Dear Insured:

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

عزيزي المؤمن له:

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

Type: Addition  إضافة <sup>2</sup> New  جديد نوع الطلب <sup>1</sup>:

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

Mobile: **0565943769** رقم الجوال Employee name: **JUSTIN HARRIS** اسم الموظف:

ID No.: **2116398534** رقم الهوية:

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

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

No	Yes نعم	No لا	البيان
1	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم التوظيف بالمستشفى خلال آخر 12 شهر؟
2	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الخبيثة، السرطان، أمراض القلب، التهاب الكبد الفيروسي المزمن، سني، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التخبيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد؟
3	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط: التشنج الدماغي، اضطراب الخلايا المنحلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التخثير الفولي، التليف الكيسي، هيبيوكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقية الوراثية؟
4	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية؟
5	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الأرتراي، العنقودي (الدبلك)، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة؟
6	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	للأنثى الحامل فقط: حمل حالي جدين واحد، حمل حالي مع قيصرية سابقة، حمل حالي متعدد الأجنة، تاريخ الولادة المتوقع:

Employee and dependent's details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

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

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

Undertakings:

الإقرار والتفويض:

- I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that Tawuniya has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).  
أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه صحيحة وبياناتي صحيحة فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأن التعاونية لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي تتعامل معها لتزودها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر.
- I agree that Tawuniya has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.  
أوافق على أفضحية 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 سريته التعاقد.
- I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.  
أقر بأنني قد قرأت وفهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتأكد بأن عدم إشارتي أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعبر بمثابة تعني وجود ما يستحق الإفصاح عنه وعليه أوقع.
- Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.  
عدم تعبئة بيانات الطول والوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المعقمة.

Entity's Stamp: **Bayouni Security Solutions Est** C.R 2051028831  
Employee Signature: **Justin Harris**  
Date: **29/11/2020**

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

Unified Medical Declaration Form

نموذج الإفصاح الطبي الموحد

Dear Insured:

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

عزيزي المؤمن له:

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

Type: Addition  إضافة  New  جديد  نوع الطلب: 1

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

Mobile: **0565943769** رقم الجوال Employee name: **Ali Ahmed Abu Khashim**

ID No.: **2257079760** رقم الهوية: 1

Gender: **MALE** الجنس: Nationality: **Bangladesh** الجنسية: Marital status: Married  متزوج Single  أعزب الحالة الاجتماعية: 1

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

No	Yes نعم	No لا	1
1	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم التثبيت بالمستشفى خلال آخر 12 شهر؟
2	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، التهاب الكبد الفيروسي المزمن، سني، حصوات المرارة، القطن الكروي، حصوات المسالك البولية، تضخم المعدة الدرقية، التخيسات، ورم ليفي بالرحم، الفئق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد؟
3	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط: التشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنحلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، صمور العضلات الشوكي، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض عوشتر، مرض التكسير القولي، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقية الوراثية؟
4	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية؟
5	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلاق العنقودي (الديسك)، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة؟
6	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	للأُنثى الحامل فقط: حمل حالي جين واحد، حمل حالي مع قيصرية سابقة، حمل حالي متعدد الأجنة، تاريخ الولادة المتوقع.

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

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

**الإقرار والتفويض:**

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that Tawuniya has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).

2. I agree that Tawuniya has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.

3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any 'No' is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.

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

1. أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وبنية عليها فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأن التعاونية لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر.

2. أوافق على إمكانية التعاونية في رفض المطالبة أو التغطية كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل تسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد.

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

4. عدم تعبئة بيانات الطول والوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تحاليف عملية جراحاة السمنة المفرطة.

Entity's Stamp: **BAYOUNI SECURITY SOLUTIONS EST** C.R 2051028834

Employee Signature: **Ali Ahmed Abu Khashim** توقيع الموظف

Date: **27/11/2020** التاريخ

1. Upon the receipt of the below, the insurer shall not request a medical declaration form from any insured who has been insured for (11) months.

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

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

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

1. عند تحصيل الوثيقة فإنه لا يحق لنا مشاركة طلب نموذج الإفصاح لأي مؤمن له مدعوم عليه (11) أشهر.

2. لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج الإفصاح طبي للمواليد الجدد عند إضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السابقة.

3. في حال الحاجة لإضافة تاريخي آخرين يجب تعبئة نموذج جديد.

4. عدم تعبئة بيانات مقدم صاحب العمل بالتوقيع بدلاً عن المؤمن له.

Unified Medical Declaration Form

نموذج الإفصاح الطبي الموحد

Dear Insured:

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

عزيزي المؤمن له:

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

Type: Addition  إضافة  New  جديد  نوع الطلب: 1

Policy No./CR: رقم الوثيقة/السجل التجاري Entity name: ZAYUNI SECURITY SOLUTIONS EST شركة التأمين

Mobile: 0565943789 رقم الجوال Employee name: SAGON MIAH AHMED ALI اسم الموظف

ID No: 2153701616 رقم الهوية

Gender: MALE الجنس: Male Nationality: Bangladesh الجنسية: Bangladesh Marital status: Married  متزوج  Single  أعزب  الحالة الاجتماعية: 2

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

No	Yes نعم	No لا	Arabic Description	English Description
1	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم التقييم بالمستشفى خلال آخر 12 شهر؟	Any hospital admission during the last 12 months?
2	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن، سبي، حصوات المرارة، القشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التخبيسات، ورم ليفي بالرحم، الفئق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد؟	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases limited to: Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, Thyroid goiter, Cysts, Fibroid uterus, Hernias, Autoimmune diseases or Multiple sclerosis?
3	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط: الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ظهور العضلات الشوكية، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشلر، مرض التكسير القولي، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكلىتين الخلقية الوراثية؟	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases limited to: Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, Gaucher's disease, G6PD Deficiency, systic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease?
4	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية؟	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases?
5	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلاق العضروفي (الديسك)، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة؟	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases limited to: Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears?
6	No لا <input checked="" type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Expected delivery date: / /		6 <b>للأنثى الحامل فقط:</b> حمل حالي جنين واحد. حمل حالي مع قيصرية سابقة. حمل حالي متعدد الأجنة. تاريخ الولادة المتوقع:	6 <b>Pregnant Females only:</b> Current single pregnancy. Current single pregnancy with previous CS delivery. Current multiple pregnancy. Expected delivery date:

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

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

**الإقرار والتفويض:**

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that Tawuniya has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).

2. I agree that Tawuniya has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.

3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.

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

أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة ودقيقة وعليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأن التعاونية لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتجميعها أي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر.

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

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

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

Employee's Stamp:

Employee Signature: Mohamed Ali

Date: 24/11/2020

1. Upon the expiry of the policy, the insurer shall not request a declaration form from any insured who has been insured for (11) months.

2. The insurer is not able to collect a medical declaration form for new claims when they are added to existing health insurance policy.

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

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

1 عند انتهاء الوثيقة فإنه لا يحق للتأمين طلب نموذج الإفصاح لأي مؤس له مرضي في تاريخ انتهاء العقد.

2 لا يجوز لشركة التأمين طلب نموذج الإفصاح طبي للمطالبات عند إضافتهم على وثيقة التأمين الصحية السابقة.

3 في حال الحاجة لإضافة الذين أكثر من ثم تعبئة نموذج جديد.

4 عدم تعبئة بيانات مقدم صاحب العمل بالتوقيع بدلاً عن المؤمن له.

Unified Medical Declaration Form

نموذج الإفصاح الطبي الموحد

Dear Insured:

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

عزيزي المؤمن له:

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

Type: Addition  إضافة <sup>2</sup> New  جديد <sup>1</sup> نوع الطلب

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

Mobile: **0565943769** رقم الجوال Employee name: **MOHAMED IQBAL ERAMBEAN** اسم الموظف

ID No.: **2414981262** رقم الهوية

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

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

No	Yes نعم	No لا	البيان
1	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم التبوليم بالمستشفى خلال آخر 12 شهر؟
2	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن، سبي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التخبيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد؟
3	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط: التشنج الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات التشنجي، تشوهات الأضغاء التناسلية، أمراض الكرومو، سوماتا، مرض غوشر، مرض التخسر القولي، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، نخس الكلى الوراثي؟
4	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية؟
5	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الانزلاق العضري (الديسك)، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة؟
6	Yes نعم	No لا	للإنتي الحامل فقط: حمل حالي جنين واحد. حمل حالي مع قيصرية سابقة. حمل حالي متعدد الأجنة. تاريخ الولادة المتوقع: ___/___/___

Employee and dependent's details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below) <sup>4</sup> بيانات الموظف وأفراد العائلة المراد إضافتهم (في حالة الإجابة بنعم، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

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

**الإقرار والتفويض:**

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that Tawuniya has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).  
أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة ومنة عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأن التعاونية لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي تتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر.

2. I agree that Tawuniya has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.  
أوافق على أهمية الإفصاح الطبي، رفض المطالبة أو التغطية كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل تسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد.

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

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

Entity's Stamp: **Bayount Security Solutions Est** **C.R 2051028831** **شركة جيم جيه العمل**

Employee Signature: **IQBAL MOHAMED** توقيع الموظف <sup>4</sup>

Date: **27/11/2020** التاريخ

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

1. عند تجديد الوثيقة فإنه لا ينبغي لنا مشاركة نموذج الإفصاح لأي مؤمن له أو ضامن عليه (12) أشهر.  
2. لا يجوز للتأمين طلب نموذج الإفصاح طبي من المؤمن الجديد عند إضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السابقة.  
3. في حال الحاجة لإضافة الآخرين أو تأمينهم بتعبئة نموذج جديد.  
4. عدم تغطية أقام صاحب العمل بالتوقيع بدلاً عن المؤمن له.

Unified Medical Declaration Form

نموذج الإفصاح الطبي الموحد

Dear Insured:

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

عزيزي المؤمن له:

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

Type: Addition  إضافة  New  جديد  نوع الطلب:

Policy No./CR: رقم الوثيقة/السجل التجاري Entity name: BAYOUNT SECURITY SOLUTIONS EST اسم المؤمن له:

Mobile: 0565943769 رقم الجوال Employee name: ABDUL KADIR HABEEB اسم الموظف:

ID No.: 2411819150 رقم الهوية:

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

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

No	Yes نعم	No لا	English	Arabic
1	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Any hospital admission during the last 12 months ?	هل تم التنبؤ بالمستشفى خلال آخر 12 شهر؟
2	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases limited to: Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, Thyroid goiter, Cysts, Fibroid uterus, Hernias, Autoimmune diseases or Multiple sclerosis ?	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، التهاب الكبد الفيروسي المزمن، سني، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، الخراجات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد؟
3	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases limited to: Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, Gaucher's disease, G6PD Deficiency, cystic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease ?	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط: الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنحلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، صمور العضلات الشوكية، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشير، مرض التكبير القولي، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقية الوراثية؟
4	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases ?	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه رقا، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية؟
5	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases limited to: Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears ?	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الانزلاق الغضروفي (الديسك)، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة؟
6	Pregnant Females only: Current single pregnancy. <input checked="" type="checkbox"/> Current single pregnancy with previous CS delivery. <input checked="" type="checkbox"/> Current multiple pregnancy. <input checked="" type="checkbox"/> Expected delivery date: / /		للأنثى الحامل فقط: حمل حالي جنين واحد. <input checked="" type="checkbox"/> حمل حالي مع قيصرية سابقة. <input checked="" type="checkbox"/> حمل حالي متعدد الأجنة. <input checked="" type="checkbox"/> تاريخ الولادة المتوقع: / /	

Employee and dependent's details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

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

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

Undertakings:

الإقرار والتفويض:

- I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that Tawuniya has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
- I agree that Tawuniya has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
- I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
- Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

- أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وأنا متوافق على قبول الطلب سيقم على أساس هذه البيانات وإن التعاونية لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي تتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر.
- أوافق على أن 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 بأنني قد قرأت وفهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم إشارتي أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة تعني وجود ما يستحق الإفصاح عنه وعليه أوقع.
- عدم تعبئة بيانات الطول والوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحاة السمنة المفرطة.

Entity's Stamp: Bayount Security Solutions Est. Employee Signature: KADIR HABEEB Date: 24/11/2020

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

Unified Medical Declaration Form

نموذج الإفصاح الطبي الموحد

Dear Insured:

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

عزيزي المؤمن له:

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

Type: Addition  إضافة <sup>2</sup> New  جديد <sup>1</sup> نوع الطلب:

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

Mobile: **0565943769** رقم الجوال Employee name: **MOHAMED NALEEM KHAN INDIA** اسم الموظف

ID No.: **2411818962** رقم الهوية:

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

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

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

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

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

**الإقرار والتفويض:**

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that Tawuniya has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).  
أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وبناءً عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأذن التعاونية لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر.

2. I agree that Tawuniya has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.  
أوافق على أهمية التعاونية في رفض المطالبة أو التغطية كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل تسجيلي أو إضافة مؤسسي له خلال فترة سريان التعاقد.

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

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

Entity's Stamp: **BAYDANI SECURITY SOLUTIONS EST C.R 2051028831** ختم جهة العمل

Employee Signature: **Naleem Khan** توقيع الموظف

Date: **24/11/2018** التاريخ

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

1. عند تجديد الوثيقة فإنه لا يجوز للمؤمن له طلب نموذج الإفصاح لأي مؤسسي له ضمنياً لمدة (11) أشهر.  
2. لا يجوز للتأمين طلب نموذج الإفصاح طبي للمواليد الجدد عند إضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السابقة.  
3. في حال الحاجة لإضافة تأميني آخر يتم تعبئة نموذج جديد.  
4. عدم تعبئة نموذج الإفصاح عن صاحب العمل بالتوقيع بدلاً عن المؤمن له.

Unified Medical Declaration Form

نموذج الإفصاح الطبي الموحد

Dear Insured:

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

عزيزي المؤمن له:

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

Type: Addition  إضافة  New  جديد  نوع الطلب:

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

Mobile: **0565943769** رقم الحواله Employee name: **SEWAN CHELLATHURAI** اسم الموظف

ID No.: **2411782028** رقم الهوية

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

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

No	الرقم	Yes	نعم	No	لا
1	هل تم التثبيت بالمستشفى خلال آخر 12 شهر؟	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الحدي الفيروسي المزمن، سبي حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، الكيسات، ورم ليفي بالرجم، الفوق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد؟	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط: الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأضغاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التخثر الفولي، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقية الوراثية؟	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية؟	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الانزلاق العنقودي (الديسك)، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة؟	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	<b>Pregnant Females only:</b> Current single pregnancy. Current single pregnancy with previous CS delivery. Current multiple pregnancy. Expected delivery date: / /	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	<b>للأنثى الحامل فقط:</b> حمل حالي جنين واحد. حمل حالي مع قيصرية سابقة. حمل حالي متعدد الأجنة. تاريخ الولادة المتوقع:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Employee and dependent's details that need to be added

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

بيانات الموظف وأفراد العائلة المراد إضافتهم

(في حالة الإجابة بنعم، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

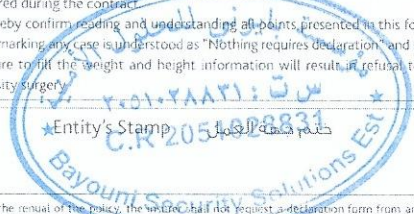
الرقم	اسم الموظف/أفراد العائلة	الجنس	العلاقة	رقم الهوية	الوزن	الطول	رقم الجوال	الحالة	اسم مقدم الخدمة
Employee/Dependent Name	Gender	Relation	ID Number	Weight	Height	Mobile No.	case	Provider Name	
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									

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.

الإقرار والتفويض:

- أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه صحيحة وبنية وعليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأن التعاونية لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي تتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر.
- أوافق على أن تعاونية تاونييا لها الحق في رفض التغطية/المطالبات بأكملها في حالة عدم الإفصاح عن أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل تسجيل أو إضافة قومي له خلال فترة سريان العقد.
- أقر بأنني قد قرأت وفهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم إشارتي أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة تعني وجود ما يستحق الإفصاح عنه وعليه أوقع.
- عدم تعبئة بيانات الطول والوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة.



Employee Signature: **Sewan** توقيع الموظف: **Sewan**  
Date: **28/11/2020** التاريخ: **28/11/2020**

1. عند تجديد الوثيقة فإنه لا بد من تعبئة نموذج الإفصاح الطبي الموحد في موعد من مواعيد طلب الإفصاح أو في موعد له خصصت له (61) أشهر.  
2. لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج الإفصاح الطبي الموحد عند إضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السابقة.  
3. في حال الحاجة إلى إفصاح التأميني أكثر من نموذج موحد جديد.  
4. عدم تعبئة بيانات العمل بالتوقيع بدلاً عن المؤسسي له.

Unified Medical Declaration Form

نموذج الإفصاح الطبي الموحد

Dear Insured:

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

عزيزي المؤمن له:

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

Type: Addition  إضافة <sup>2</sup> New  جديد نوع الطلب <sup>1</sup>!

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

Mobile: **0565943769** رقم الجوال Employee name: **MOHAMMED HASSAN ABDURAHMAN** اسم الموظف

ID No.: **2175783394** رقم الهوية

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

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

No	Yes	No	Yes
1	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم التقييم بالمستشفى خلال آخر 12 شهر؟
2	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، التهاب الخدي الفيروسي المزمع، سبي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التخبيبات، ورم ليفي بالرحم، الفئق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد؟
3	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط: الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضور العضلات الشوكي، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التأكسار القولي، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقية الوراثية؟
4	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه رقائق، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية؟
5	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الأرتراي، الخشروفقي (الديسك)، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة؟
6	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	للأنثى الحامل فقط: حمل حالي جنين واحد. حمل حالي مع قيصرية سابقة. حمل حالي متعدد الأجنة. تاريخ الولادة المتوقع: / /

Employee and dependent's details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وأفراد العائلة المراد إضافتهم <sup>3</sup> (في حالة الإجابة بـ نعم، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الخالة 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:

الإقرار والتفويض:

- I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that Tawuniya has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
- I agree that Tawuniya has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
- I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
- Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

- أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة ونفاً؛ وعليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأن التعاونية لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي تتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر.
- أوافق على تخفية التعاونية في رفض المطالبة أو التغطية كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل تسجيلي أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد.
- أقر بأنني قد قرأت وفهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم إشارتي أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة تعني وجود ما يستحق الإفصاح عنه وعليه أوقي.
- عدم تعبئة بيانات الطول والوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحية السمنة المقرطة.

Entity's Stamp: **توقيع جهة العمل** رقم جهة العمل: **C.R 2051028831**

Employee Signature: **توقيع الموظف** **Mohammed Hassan** Date: **24/11/2020** التاريخ

1. Upon the receipt 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 insurances when they are added to existing health insurance policy.  
3. If you need to add more dependents, an additional form shall be filled.  
4. It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

1. عند تحديد الوثيقة فإنه لا يمكن لشركة طلب نموذج الإفصاح عن أي مؤمن له تعدي عليه (11) أشهر.  
2. لا يمكن لشركة التأمين طلب نموذج الإفصاح طبي للمؤمنين الجدد عند إضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية.  
3. في حال الحاجة لإضافة التأمين أدت يتم تعبئة نموذج جديد.  
4. عدم تخطئة قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلاً عن المؤمن له.



Unified Medical Declaration Form

نموذج الإفصاح الطبي الموحد

Dear Insured:

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

عزيزي المؤمن له:

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

Type: Addition  إضافة <sup>2</sup> New  جديد

نوع الطلب: <sup>1</sup>

Policy No./ACR: رقم الوثيقة/السجل التجاري

Entity name: **BAYOUNI SECURITY SOLUTIONS EST**

Mobile: **0565943767** رقم الجوال

Employee name: **AHMED ATEF ELSAYED Abdelaziz Hassan**

ID No: **2414979530**

رقم الهوية: <sup>2</sup>

Gender: **MALE** الجنسية: **Egypt** Nationality

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 كلمة (نعم):

No	Yes نعم	No لا	البيان
1	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم انتويم بالمستشفى خلال آخر 12 شهراً؟
2	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، التهاب الكبد الفيروسي المزمن، سبي، حصوات المرارة، القطن، الكلى، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التخبيسات، ورم ليفي بالرحم، الفئق، أمراض المناعة الذاتية أو التصب المتعدد؟
3	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط: التشنج الدماغي، اضطراب الخثايا المنحلبة، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأجزاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التخدير القولي، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقية الوراثية؟
4	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية؟
5	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الأرتراق، الخشروفقي (الديسك)، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة؟
6	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	للأنثى الحامل فقط: حمل حالي جين واحد. حمل حالي مع قيصرية سابقة. حمل حالي متعدد الأجنة. تاريخ الولادة المتوقع.

Employee and dependent's details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

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

Asm 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:

الإقرار والتفويض:

- I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that Tawuniya has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
- I agree that Tawuniya has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
- I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
- Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

- أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وأنا على علم بأن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأن التعاونية لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي تتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر.
- أوافق على أدعية 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 التعاقد.
- أقر بأنني قد قرأت وفهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم إشارتي أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة تعني وجود ما يستحق الإفصاح عنه وعليه أوقع.
- عدم تعبئة بيانات الطول والوزن سيؤدي إلي رفض تغطية تكاليف عملية جراحاة السمنة المفرطة.

Entity's Stamp: **Bayouni Security Solutions Est** Employee Signature: **Ahmed Atef Elsayed** Date: **24/11/2020**

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

1. عند تجديد الوثيقة فإن شركة التأمين لا تطلب نموذج الإفصاح لأي مؤمن له مدته (11) شهراً.  
2. لا يجوز لشركة التأمين طلب نموذج الإفصاح طبي للموكلين الجدد عند إضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السابقة.  
3. في حال الحاجة لإضافة المعتمدين الذين لم يتم تعبئة نموذج جديد.  
4. عدم تعبئة بيانات الطول والوزن سيؤدي إلي رفض تغطية تكاليف عملية جراحاة 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.

عزيزي المؤمن له:

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

Type: Addition  إضافة <sup>2</sup> New  جديد

نوع الطلب:

Policy No./ICR: رقم الوثيقة/السجل التجاري

Entity name: **BAYOUNI SECURITY Solutions Est** اسم المؤسسة

Mobile: **0565943787** رقم الجوال

Employee name: **NOVO Bembo Alozoza Tolentino** اسم الموظف

ID No.: **2410744565** رقم الهوية

Gender: **MAGE** Nationality: **Philippine** الجنس: 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 كلمة (نعم):

No	Yes نعم	No لا	Case Description
1	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Any hospital admission during the last 12 months ? هل تم التنبؤ بالمستشفى خلال آخر 12 شهر؟
2	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases limited to: Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, Thyroid goiter, Cysts, Fibroid uterus, Hernias, Autoimmune diseases or Multiple sclerosis ? هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، التهاب الكبد الفيروسي المزمن، سني، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد؟
3	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases limited to: Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, Gaucher's disease, G6PD Deficiency, systic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease ? هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط: الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنحلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات التنكسي، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكسير القولي، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقية الوراثية؟
4	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases ? هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه ررقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية؟
5	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases limited to: Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears ? هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الانزلاق الغضروفي (الديسك)، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة؟
6	Pregnant Females only: Current single pregnancy. <input checked="" type="checkbox"/> Current single pregnancy with previous CS delivery. <input checked="" type="checkbox"/> Current multiple pregnancy. <input checked="" type="checkbox"/> Expected delivery date: <b>1/1/</b>		For the pregnant females only: حمل حالي جنين واحد. حمل حالي مع قيصرية سابقة. حمل حالي متعدد الأجنة. تاريخ الولادة المتوقع:

Employee and dependent's details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وأفراد العائلة المراد إضافتهم (في حالة الإجابة بنعم، دهر الحالة في الجدول أدناه)

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

Undertakings:

الإقرار والتفويض:

- I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that Tawuniya has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
- I agree that Tawuniya has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
- I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
- Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

- أقر أن البيانات والمعلومات المدخورة أعلاه كاملة وصحيحة ودناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات ومن التعاونية لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي تتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر.
- أوافق على أن تعاونية تاونونيا لها الحق في رفض المطالبة أو التغطية كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المدخورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل تسجيلي أو إضافة مؤس له خلال فترة سريان التعاقد.
- أقر بأنني قد قرأت وفهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما التفتحت على عدم إشارتي أمام أي من الحالات المدخورة أعلاه بغير رعاية تعني وجود ما يستحق الإفصاح عنه وعليه أوقع.
- عدم تعبئة بيانات الطول، والوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحاة السمنة المفرطة.

Entity's Stamp: **تعاونية العمل ١٠** Employee Signature: **Novo Bembo Alozoza** Date: **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 (12) months.
- The insurer is not eligible to request a medical declaration form for new beneficiaries who 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 بانه لا يحق للمؤمّن طلب نموذج الإفصاح في مواعيد له مرضي عنه (12) أشهر.
- لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج الإفصاح لطرفي للموالدين الجدد عند إضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السابقة.
- في حال الحاجة لإضافة تاريخي أكثر من جهة نموذج جديد.
- عدم تعبئة قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلاً عن المؤمن له.

Unified Medical Declaration Form

نموذج الإفصاح الطبي الموحد

Dear Insured:

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

عزيزي المؤمن له:

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

Type: Addition  إضافة New  جديد نوع الطلب:

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

Mobile: 0565943769 رقم الحوالة Employee name: PALANIVELU MUTHAIYAN اسم الموظف

ID No.: 2409991292 رقم الهوية

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

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

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

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

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

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.

الإقرار والتفويض:

- أقرر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه صحيحة وبناءً عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأن التعاونية لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي تتعامل معها لتجميعها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر.
- أوافق على أن التعاونية في رفض المطالبة أو التغطية كلاً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل تسجيلي أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد.
- أقر بأنني قد قرأت وفهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم إشارتي أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة تعمي وجود ما يستحق الإفصاح عنه وعليه أوقع.
- عدم تعبئة بيانات الوزن والطول، والوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحاة السمنة المفرطة.

Entity's Stamp: C.R 2051028831 Employee Signature: Palanivelu Muthaiyan Date: 24/11/2020

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

Unified Medical Declaration Form

نموذج الإفصاح الطبي الموحد

Dear Insured:

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

عزيزي المؤمن له:

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

Type: Addition  إضافة  New  جديد  نوع الطلب:

Policy No./ACR: رقم الوثيقة/السجل التجاري Entity name: **BAYOUANI SECURITY SOLUTIONS EST** اسم المؤمن له

Mobile: **0565943769** رقم الجوال Employee name: **ROSHAN MAHAHANTRI GE Gowapala** اسم الموظف

ID No.: **2405002656** رقم الهوية

Gender: **MALE** Nationality: **SRI LANKA** الجنسية: 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 كلمة (نعم).

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

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

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

**الإقرار والتفويض:**

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that Tawuniya has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).  
أقر ان البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه صحيحة وبنيت على قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وبن التعاونية لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي تتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر.

2. I agree that Tawuniya has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.  
أوافق على أهمية التعاونية في رفض المطالبة أو التغطية كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل تسجيلي أو إضافة مؤس له خلال فترة سريان العقد.

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

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

Entity's Stamp: **BAYOUANI SECURITY SOLUTIONS EST** ختم جهة العمل  
Employee Signature: **Roshan** توقيع الموظف  
Date: **29/11/2020** التاريخ

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

1. عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للمؤمن له طلب نموذج الإفصاح الطبي من المؤمن له محض، عقبه (10) شهراً.  
2. لا يحق للشركة التأمين طلب نموذج الإفصاح الطبي للمؤمن له الجدد عند إضافتهم على وثيقة التأمين الصحية السابقة.  
3. في حال الحاجة لإضافة المؤمن له الجدد، لا يتم تعبئة نموذج جديد.  
4. عدم تخاطبه قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلاً عن المؤمن له.

Unified Medical Declaration Form

نموذج الإفصاح الطبي الموحد

Dear Insured:

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

عزيزي المؤمن له:

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

Type: Addition  إضافة  New  جديد  نوع الطلب

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

Mobile: **0565943769** رقم الجوال: Employee name: **SHREE BAHADUR Magar** اسم الموظف

ID No.: **2312147735** رقم الهوية:

Gender: **MACE** Nationality: **NEPAL** 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 كلمة (نعم):

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

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

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

**الإقرار والتفويض:**

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that Tawuniya has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).  
أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه صحيحة ودنأ عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأن التعاونية لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي تتعامل معها لجمعها لتقييمها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر.

2. I agree that Tawuniya has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.  
أوافق على أن تعاونية التأمين لديها الحق في رفض المطالبات أو التغطية كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي تحدث قبل تاريخ التعاقد أو قبل تسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد.

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

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

Entity's Stamp: **BAHADUR SECURITY SOLUTIONS EST** C.R 2051028831 ختم جهة العمل

Employee Signature: **Bahadur Magar** توقيع الموظف

Date: **29/11/2020** التاريخ

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

1. عند تحديده الوثيقة فإنه لا يحق للمؤسسة طلب نموذج الإفصاح لأي مؤمن له مرضي عليه (11) أشهر.  
2. لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج الإفصاح طبي للمؤمن له الجدد عند إضافتهم مع وثيقة التأمين الصحي القائمة.  
3. في حال الحاجة لإضافة تأميني إضافيين إلى وثيقة التأمين الصحي القائمة، يجب ملء نموذج جديد.  
4. عدم تخصيصية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلاً عن المؤمن له.

Unified Medical Declaration Form

نموذج الإفصاح الطبي الموحد

Dear Insured:

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

عزيزي المؤمن له:

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

Type: Addition  إضافة <sup>2</sup> New  جديد <sup>1</sup> نوع الطلب

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

Mobile: **0565943769** رقم الجوال Employee name: **SAM BAHADUR PARIYAR** اسم الموظف

ID No.: **2 3 3 3 3 5 9 9 0 5** رقم الهوية

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

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

No	Yes نعم	No لا	Question
1	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Any hospital admission during the last 12 months ? هل تم التنبؤ بالمستشفى خلال آخر 12 شهراً ؟
2	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases limited to: Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, Thyroid goiter, Cysts, Fibroid uterus, Hernias, Autoimmune diseases or Multiple sclerosis ? هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، الالتصاق الكبدي الفيروسي المزمن، سببي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تصدع الغدة الدرقية، الكيبيسات، ورم ليفي بالرحم، الفئق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد ؟
3	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases limited to: Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, Gaucher's disease, G6PD Deficiency, cystic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease ? هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط: الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنحلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات التشنجي، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكتير القولي، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقية الوراثية ؟
4	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases ? هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية ؟
5	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases limited to: Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears ? هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الانزلاق العضروفي (الديسك)، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة ؟
6	Pregnant Females only: Current single pregnancy. <input type="checkbox"/> Current single pregnancy with previous CS delivery. <input type="checkbox"/> Current multiple pregnancy. <input checked="" type="checkbox"/> Expected delivery date: ___/___/___		6 <b>للأنثى الحامل فقط:</b> حمل حالي جنين واحد. حمل حالي مع قيصرية سابقة. حمل حالي متعدد الأجنة. تاريخ الولادة المتوقع.

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

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

**الإقرار والتفويض:**

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that Tawuniya has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).  
أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وسأنا عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأن التعاونية لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي تتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر.

2. I agree that Tawuniya has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.  
أوافق على أحقية التعاونية في رفض المطالبة أو التغطية كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل تسجيل أو إضافة مؤس له خلال فترة سريان العقد.

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

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

Entity's Stamp: **BAHOUNT SECURITY SOLUTIONS EST. C.R. 2051028851** ختم المؤسسة

Employee Signature: **Sam Bahadur Pariyar** توقيع الموظف

Date: **29/11/2020** التاريخ

1. Upon the renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form from any insured who has been insured for (11) months.  
2. The insurer is not eligible to request a medical declaration form for new boms 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 the form by the employer instead of the employee.

1. عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق لتسريكة طلب نموذج الإفصاح لأي مؤس له إنساني عبثية (11) أشهر.  
2. لا يحق لتسريكة التأمين طلب نموذج الإفصاح طبي، نموذج الإفصاح طبي، نموذج الإفصاح الطبي للمؤمنين الجدد عند إضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السابقة.  
3. في حال الحاجة لإضافة آخرين الذين أدرتهم لتغطية النموذج جديد.  
4. عدم تغطية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلاً عن المؤمن له.

Unified Medical Declaration Form

نموذج الإفصاح الطبي الموحد

Dear Insured:

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

عزيزي المؤمن له:

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

Type: Addition  إضافة <sup>3</sup> New  جديد نوع الطلب <sup>1</sup>

Policy No./CR: رقم الوثيقة/السجل التجاري Entity name: **BAYOUNI SECURITY SOLUTIONS E.S.** اسم الشركة <sup>2</sup>

Mobile: **0565943769** رقم الجوال Employee name: **KHALED AWAWAD EHS SHALABY** اسم الموظف <sup>3</sup>

ID No.: **2396567469** رقم الهوية <sup>4</sup>

Gender: **MALE** الجنس Nationality: **EGYPT** الجنسية Marital status: Married  متزوج Single  أعزب الحالة الاجتماعية <sup>5</sup>

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

No	Yes نعم	No لا	Arabic Description	English Description
1	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم التنبؤ به بالمستشفى خلال آخر 12 شهراً؟	Any hospital admission during the last 12 months?
2	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، التهاب الحنجري الفيروسي المزمن، سبي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، الكهبيبات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد؟	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases limited to: Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, Thyroid goiter, Cysts, Fibroid uterus, Hernias, Autoimmune diseases or Multiple sclerosis?
3	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط: الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات، تشوهات الأضغاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوتشر، مرض التأكسب القولي، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقية الوراثية؟	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases limited to: Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, Gaucher's disease, G6PD Deficiency, systic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease?
4	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية؟	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases?
5	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الأرتراي، الغضروفي (الديسك)، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة؟	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases limited to: Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears?
6	No لا <input checked="" type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		للأنثى الحامل فقط: حمل حالي جنين واحد. حمل حالي مع قبصرية سابقة. حمل حالي متعدد الأجنة. تاريخ الولادة المتوقع:	Pregnant Females only: Current single pregnancy. Current single pregnancy with previous CS delivery. Current multiple pregnancy. Expected delivery date:

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

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

**الإقرار والتفويض:**

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that Tawuniya has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).

2. I agree that Tawuniya has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.

3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.

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

1. أنا أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وأنا أعلمه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأن التعاونية لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أعامل معها لتتريدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر.

2. أوافق على أن تعاونية التأمين في رفض المطالبات أو التغطية كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل تسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد.

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

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

Entity's Stamp: **التعاونية العامة للتأمين الصحي** Employee Signature: **Khaled Awawad** Date: **29/11/2020**

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 forms when they are added to existing health insurance policy.

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

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

1. عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج الإفصاح لأي مؤمن له قد تم التأمين عليه (11) شهراً.

2. لا يحق للشركة المتأمين طلب نموذج الإفصاح طبي للمؤمنين الجدد عند إضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السابقة.

3. في حال الحاجة لإضافة آخرين إلى قائمة المؤمن لهم يجب تعبئة نموذج جديد.

4. عدم تعبئة بيانات منambah الحمل بالتوقيع بدلاً عن المؤمن له.

Unified Medical Declaration Form

نموذج الإفصاح الطبي الموحد

Dear Insured:

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

عزيزي المؤمن له:

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

Type: Addition  إضافة  New  جديد  نوع الطلب:

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

Mobile: **0565943769** رقم الحوال Employee name: **IBRAHIM ABDELWASSEL IBRAHIM ABDEL FATHA** اسم الموظف

ID No: **2378204008** رقم الهوية

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

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

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

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

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

**الإقرار والتفويض:**

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that Tawuniya has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).

2. I agree that Tawuniya has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.

3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.

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

أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة ودقيقة وأنه في قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأن التعاونية لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي تتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر.

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

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

عدم تعبئة بيانات الطول والوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تحاليف عملية جراحاة السمنة المفرطة.

Entity's Stamp: **BAWUNI SECURITY SOLUTIONS EST** ختم جهة العمل

Employee Signature: **IBRAHIM ABDELWASSEL** توقيع الموظف

Date: **24/11/2020** التاريخ

1. Upon the receipt 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 policy when they are added to existing health insurance policy.

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

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

1. عند تحصيل الوثيقة فإنه لا يحق للمؤمّن طلب نموذج الإفصاح لأي مؤمن له مدته (11) شهراً.

2. لا يحق للتأمين الصحي طلب نموذج الإفصاح طبي للمواليد الجدد عند إضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السابقة.

3. في حال الحاجة لإضافة تأمين أو تأمين جديد للمؤمن له، يجب تعبئة نموذج جديد.

4. عدم تعبئة بيانات العائل بالتوقيع بدلاً عن المؤمن له.



Unified Medical Declaration Form

نموذج الإفصاح الطبي الموحد

Dear Insured:

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

عزيزي المؤمن له:

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

Type: Addition  إضافة  New  جديد  نوع الطلب:

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

Mobile: **0565943769** رقم الجوال Employee name: **YASLAM MOHAMMED YASLAM BAWWITAM** اسم الموظف:

ID No.: **2377310186** رقم الهوية:

Gender: **MALE** Nationality: **YEMEN** Marital status: Married  Single  الحالة الاجتماعية: أعزب  متزوج  الجنسية: اليمنية

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

No	Yes	No	Yes
1	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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

**الإقرار والتفويض:**

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that Tawuniya has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).

2. I agree that Tawuniya has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.

3. I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.

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

Entity's Stamp: **شركة العمل التعاونية** Employee Signature: **ياسلام محمد ياسلام** Date: **29/11/2020**

1. Upon the renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form from any insured who has been insured for (12) months.

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

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

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

Unified Medical Declaration Form

نموذج الإفصاح الطبي الموحد

Dear Insured:

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

عزيزي المؤمن له:

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

Type: Addition  إضافة  New جديد

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

Mobile: **0565943789** رقم الجوال: Employee name: **NASSER OMER ABULLAH ALAMOURI** اسم الموظف

ID No.: **2055260687** رقم الهوية:

Gender: **MALE** الجنس: 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 كلمة (نعم):

No	Yes نعم	No لا	Question
1	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم التنويم بالمستشفى خلال آخر 12 شهر؟
2	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الخبيثة، السرطان، أمراض القلب، التهاب الكبد، الفيروسسي المزمن، سني، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم العدة الدرقية، التكيبسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد؟
3	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط: الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، التلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات التنوخي، تشوهات الأضواء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض عوشتر، مرض التكسير القولي، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تخيس الكلتيين الخلقية الوراثية؟
4	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية؟
5	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الأرتراي، العنقروفي، (الدبكية)، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة؟
6	No لا <input checked="" type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Expected delivery date: / /		6 <b>للأنثى الحامل فقط:</b> حمل حالي جينين واحد. حمل حالي مع قيصرية سابقة. حمل حالي متعدد الأجنة. تاريخ الولادة المتوقع:

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

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	العلاقة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف/أفراد العائلة Employee/Dependent Name
					<b>2121118760</b>	<b>WIFE</b>	<b>F</b>	<b>NORAH SAIED SALEH ALQUWAYRI</b>
					<b>2121118760</b>	<b>SON</b>	<b>M</b>	<b>HASSAN NASSER OMER ALAMOURI</b>
					<b>2121118752</b>	<b>Daughter</b>	<b>F</b>	<b>MANAL NASSER OMER ALAMOURI</b>

**الإقرار والتفويض:**

1. I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that Tawuniya has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).  
أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه صحيحة ودلائل عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأذن التعاونية لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر.

2. I agree that Tawuniya has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new insured during the contract.  
أوافق على أهمية 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 التعاقد.

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

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

Entity's Stamp: **BAYUNI SECURITY SOLUTIONS EST** **C.R 2051028837** ختم جهة العمل

Employee Signature: **NASSER ALAMOURI** توقيع الموظف

Date: **24/11/2020** التاريخ

1. Upon the approval 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 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.

1. عند تحديد الوثيقة فإنه لا يحق للتسكرة طلب نموذج الإفصاح لأي مؤمن له عصبي عنه (11) شهر.  
2. لا يجوز للتسكرة التماس طلب نموذج الإفصاح طبي للمواليد الجدد عند إضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السابقة.  
3. في حال الحاجة لإضافة تأمين لهم تزيد من الوثيقة الموحدة يجب.  
4. عدم تخصيصه قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلاً عن المؤمن له.

Unified Medical Declaration Form

نموذج الإفصاح الطبي الموحد

Dear Insured:

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

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

Type: Addition  إضافة New  جديد نوع الطلب  
 Policy No. \ ACR: رقم الوثيقة/السجل التجاري Entity name: BAYOUNI SECURITY SOLUTIONS EST اسم المنشأة  
 Mobile: 0565943769 رقم الجوال Employee name: MOHSEN AHMED ALAMOUDI اسم الموظف  
 ID No.: 2026367710 رقم الهوية  
 Gender: MALE الجنسية: Male Nationality: YEMEN الجنسية: Yemen Marital status: Married  متزوج Single  أعزب الحالة الاجتماعية

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

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

Employee and dependent's details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

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

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
					202020018	WIFE	F	FERYAL MOHAMMED BASHAWAH	1
					222286289	Daughter	F	SARAH MOHSEN AHMED ALAMOUDI	2
					2222383024	SON	M	OSAMA MOHSEN AHMED ALAMOUDI	3
									4
									5
									6
									7

Undertakings:

الإقرار والتفويض:

- I hereby undertake that all above information are correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that Tawuniya has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
- I agree that Tawuniya has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
- I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
- Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

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

Entity's Stamp  
 رقم جهة العمل  
 C.R 2051028831  
 BAYOUNI SECURITY SOLUTIONS EST

Employee Signature

توقيع الموظف  
 Mohsen Alamoudi

Date

التاريخ  
 27/11/2020

- Upon the expiry 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 born, 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 انتهاء الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج الإفصاح أي مؤمن له فضي عنه (11) أشهر.
- لا يجوز لشركة التأمين طلب نموذج الإفصاح طبي للمواليد الجدد عند إضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السابقة.
- في حال الحاجة لإضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد.
- عدم تعبئة بيانات صاحب العمل بالتوقيع بدلاً عن المؤمن له.

6-2018VI SME-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 التسعير ولضمان حصولك وأفراد أسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة.

Type: Addition  إضافة <sup>2</sup> New  جديد

نوع الطلب:

Policy No.\CR: رقم الوثيقة/السجل التجاري: 0565943769

Entity name: BAYOUNI SECURITY SOLUTIONS EST

Mobile: رقم الجوال: 0565943769

Employee name: THOMAS ABRAHAM

ID No.: 2034986477

رقم الهوية:

Gender: MALE الجنس: Nationality: INDIAN 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 كلمة (نعم):

No	Case	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	Description
1	Any hospital admission during the last 12 months ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم التنويم بالمستشفى خلال آخر 12 شهر ؟
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases limited to: Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, Thyroid goiter, Cysts, Fibroid uterus, Hernias, Autoimmune diseases or Multiple sclerosis ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبد الفيروسي المزمن، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصبب المتعدد ؟
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases limited to: Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassaemia, 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 المنجلية، التلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض تكسر الفولي، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقية الوراثية ؟
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: 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 القرنية أو أمراض الشبكية ؟
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases limited to: Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلاق العضروفي (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 checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	للأنثى الحامل فقط: حمل حالي جينين واحد. حمل حالي مع قيصرية سابقة. حمل حالي متعدد الأجنة. تاريخ الولادة المتوقع.

Employee and dependent's details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

بيانات الموظف وأفراد العائلة المراد إضافتهم (في حالة الإجابة بـ نعم، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

اسم مقدم الخدمة Provider Name	الحالة case	رقم الجوال Mobile No.	الطول Height	الوزن Weight	رقم الهوية ID Number	القرابة Relation	الجنس Gender	اسم الموظف/أفراد العائلة Employee/Dependent Name	رقم No
		0565943769			2067603769	WIFE	F	SUSON ABRAHAM	1
									2
									3
									4
									5
									6
									7

Undertakings:

الإقرار والتفويض:

- I hereby undertake that all above information and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that Tawuniya has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
- I agree that Tawuniya has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new Insured during the contract.
- I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not marking any case is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis.
- Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

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

Entity's Stamp ختم جهة العمل 2051028831	Employee Signature توقيع الموظف Thomas Abraham	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 (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.

- عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج إفصاح لأي مؤمن له مضى عليه (12) أشهر.
- لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج إفصاح طبي للمواليد الجدد عند إضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية.
- في حال الحاجة لإضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد.
- عدم بظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلاً عن المؤمن له.

6-2018\VI\SME-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:  
أمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير ولضمان حصولك وأفراد أسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة.

Type: Addition  إضافة <sup>2</sup> New  جديد <sup>1</sup> نوع الطلب

Policy No. \CR: رقم الوثيقة/السجل التجاري: 0565943769 Entity name: BAYOUNI SECURITY SOLUTIONS EST اسم المنشأة: Employee name: AHMED MOHAMED SHEHATA GOMAA رقم الموظف: 243013046

ID No.: 2 2 8 8 2 6 4 4 2 3 رقم الهوية: Gender: MALE الجنس: Nationality: EGYPT الجنسية: Marital status: Married  متزوج Single  أعزب الحالة الاجتماعية:

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

No لا	Yes نعم	1 هل تم التنويم بالمستشفى خلال آخر 12 شهر؟
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، التهاب الكبد الفيروسي المزمن، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكبس، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو تصلب المتعدد؟
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط: الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكرس الفولي، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقية الوراثية؟
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية؟
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5 هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلاق الخضروفي (الديسك)، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة؟
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6 <b>Pregnant Females only:</b> Current single pregnancy. Current single pregnancy with previous CS delivery. Current multiple pregnancy. Expected delivery date: / /

Employee and dependent's details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

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

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
		0565943769			243013046	WIFE	F	ESRAA MOHAMED SOBHY ISSA
		0565943769			243013046	SON	M	OMER AHMED MOHAMED SHEHATA
		0565943769			243013046	SON	M	MOHAMED AHMED MOHAMED SHEHATA

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.

- الإقرار والتفويض:**
- أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وبنية عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأن التعاونية لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي تتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر.
  - أوافق على أحقية التعاونية في رفض المطالبة أو التعضية 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 بأنني 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 أوقع.
  - عدم تعبئة بيانات الطول والوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة.

Entity's Stamp: Employee Signature: Ahmed Gomaa Date: 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.

- عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج الإفصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) أشهر.
- لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج الإفصاح طبي للمواليد الجدد عند إضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية.
- في حال الحاجة لإضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد.
- عدم تعبئة بيانات قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلاً عن المؤمن له.

6-2018.V1.SME-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 التسعير ولضمان حصولك وأفراد أسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة.

Type: Addition  إضافة <sup>2</sup> New  جديد <sup>1</sup> نوع الطلب

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

Mobile: **0565943769** رقم الجوال: Employee name: **ALSAEED KAMEL ALI ABDELGAHAWAD** اسم الموظف

ID No.: **2102897242** رقم الهوية:

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

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

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

1	Any hospital admission during the last 12 months ?	No لا <input checked="" type="checkbox"/>	Yes نعم <input type="checkbox"/>	هل تم التنويم بالمستشفى خلال آخر 12 شهر ؟
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases limited to: Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, Thyroid goiter, Cysts, Fibroid uterus, Hernias, Autoimmune diseases or Multiple sclerosis ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، التهاب الكبد الفيروسي المزمن، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، 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 limited to: Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassaemia, 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 المنجلية، التلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكسر الفولي، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقية الوراثية؟
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: 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 القرنية أو أمراض الشبكية؟
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases limited to: Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإزلاق الغضروفي (الديسك)، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة؟
6	<b>Pregnant Females only:</b> Current single pregnancy. Current single pregnancy with previous CS delivery. Current multiple pregnancy. Expected delivery date: _____/_____/_____	No لا <input checked="" type="checkbox"/>	Yes نعم <input type="checkbox"/>	<b>للإثني الحامل فقط:</b> حمل حالي جنين واحد. حمل حالي مع قيصرية سابقة. حمل حالي متعدد الأجنة. تاريخ الولادة المتوقع: _____/_____/_____

Employee and dependent's details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)

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

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
		0565943769			235794873	WIFE	F	NESRIN ELSAID ELSAIED RAMADAN	
		0565943769			235794880	SON	M	KAMEL ELSAID KAMEL ABDELGAHAWAD	
		056594379			235794999	Daughter	F	SARA ELSAID KAMEL AHMED	
		056594379			235794667	SON	M	KHALED ELSAID KAMEL ABDELGAHAWAD	
		056594379			235794965	SON	M	YOUSSEF ELSAID KAMEL ABDELGAHAWAD	
		056594379			239491374	Daughter	F	WALA ALSAEED KAMEL ABDELGAHAWAD	

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

- الإقرار والتفويض:**
- أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وبنية عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأن التعاونية لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي تتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر.
  - أوافق على أحقية التعاونية في رفض المطالبة أو التغطية كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل تسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد.
  - أقر بأنني قد قرأت وفهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم إشارتي أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه وعليه أوقع.
  - عدم تعبئة بيانات الطول والوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة.

Entity's Stamp: **تعاونية بايوني للتأمين** الختم جهة العمل  
Employee Signature: **Saeed Kamel** توقيع الموظف  
Date: **24/11/2020** التاريخ

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