



**Medical Declaration Form**

**نموذج إفصاح طبي**

Type of Application  New جديد  Addition إضافي نوع الطلب

**Applicant Information** بيانات مقدم الطلب

Entity Name: اسم المنشأة:

CR No.: رقم السجل التجاري:

Employee / Dependent Name as it appears on the card: اسم الموظف / التابع كما يظهر بالبطاقة:

Date: تاريخها: ID Number: رقم الهوية: Nationality: الجنسية:

City: المدينة: Occupation: الوظيفة:

Postal Code: الرمز البريدي: P.O. Box: ص. ب. Address: العنوان:

Telephone: هاتف: Mobile No.: جوال:

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	
Any hospital admission during the last 12 months?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم التنويم بالمستشفى خلال آخر ١٢ شهر؟
Do you have chronic diseases <b>limited to</b> : Benign Tumor Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis, Gallstones, Kidney Failure, Urinary Tract Stones, Thyroid Goiter, Cysts, Fibroid Uterus, Hernias, Autoimmune Diseases or Multiple Sclerosis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل لديك أي من الأمراض المزمنة التالية فقط: 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؟
Do you have congenital disorder or hereditary diseases (Diseases that affect the individual during fetal life or diseases resulting from genetic defect or disorder or transmitted from one generation to another)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل لديك أي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية (الأمراض التي تصيب الفرد أثناء المرحلة الجنينية أو الأمراض الناتجة عن خلل أو اضطراب الجينات أو المنقولة من جيل إلى آخر)؟
Do you have eye diseases <b>limited to</b> : Cataract, Glaucoma, Corneal Diseases or Retinal Diseases?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل لديك أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية؟
Do you have bone diseases <b>limited to</b> : Vertebral Disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament Tears?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل لديك أي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلاق الغضروفي (الديسك)، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة؟
<b>For Pregnant Females only:</b>			<b>للإثني الحامل فقط:</b>
Current single pregnancy		<input type="checkbox"/>	حمل حالي جنين واحد
Current single pregnancy with previous CS delivery		<input type="checkbox"/>	حمل حالي مع قيصرية سابقة
Current multiple pregnancy		<input type="checkbox"/>	حمل حالي متعدد الأجنة
Expected delivery date:		-----/-----/-----	تاريخ الولادة المتوقع:

If any of the above is answered "Yes", please fill the following information **في حالة الإجابة "نعم" على أي من الحالات أعلاه، الرجاء تعبئة البيانات التالية**

Hospital Name: اسم المستشفى: MR No.: رقم الملف:

**الأقرار والتفويض:**  
١. أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وبناءً عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأن شركة (ميدغولف) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي نتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر.  
٢. أوافق على أحقية (ميدغولف) 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 عضو خلال فترة سريان العقد.  
٣. أقر بأنني قد قرأت وفهمت جميع ماجاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم إشارتي أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه وعليه أوقع.

**Entity** جهة العمل

GS Name	اسم مسنول التأمين	Employee's Signature	توقيع الموظف
Signature and Stamp	التوقيع و الختم	Date	التاريخ

