

Unified Medical declaration form

Dear Insured: Please Fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you and your family receive health care services as required according to your unified policy benefit.		عزيزي المؤمن له: نأمل قيامك بملء جديته هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير وإضمان حصولك وأفراد أسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب مبادئ الوثيقة الموحدة.	
Addition (2) إضافة		New ☐ جديد	
Policy No./ CR		رقم الوثيقة/ السجل التجاري:	
Mobile No.		رقم الجوال:	
ID Number		رقم الهوية	
Gender :		Nationality:	
الجنس:		الجنسية:	
Please declare any of below cases by marking ☒ under the word (Yes): "Undeclared medical case may not be covered "		Marital status	
		متزوج ☐ أعزب ☐ Single ☐ Married ☐	
		يرجى الإفصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع إشارة ☒ في المربع تحت كلمة (نعم): "إن تمت التغطية التأمينية في حال عدم الإفصاح عن أدناه "	
		هل تم التتويم بالمستشفى خلال آخر 12 شهر؟	
		التتويم: تسجيل الشخص المؤمن له كمرضى ممنوم في المستشفى حتى صباح اليوم التالي"	
		هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام السرطانية، الأورام الحميدة التالية (أورام الثدي، أورام الرحم اللبي، تضخم البروستات الحميد، أورام أو تضخم الغدة الدرقية والجار الدرقية، أورام الكبد، أورام القولون) أمراض القلب التالية (أمراض شرايين وصمامات القلب، فشل عضلة القلب، الرجفان القلبي وجلطات القلب، التهاب الكبد الفيروسي المزمن ج(C)، حصوات المرارة، الفشل الكلوي الشديد) المرحلة الخامسة من أمراض الكلى التي تستدعي الغسيل الكلوي، الترشح الكلوي أقل من 15مل / دقيقة*) حصوات المسالك البولية، الفَق، أمراض المناعة الذاتية (الذئبة الحمراء، التهاب المفاصل الروماتيزمية، الصدفية، مرض كرونز، التهاب القولون التقرحي، تصلب اللويحي، حساسية القمح)	
		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 القولي (G6PD) ، التليف الكيسي للرئة ، مرض تكسر الحديد (هيموكروماتوزيس)، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.	
		هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط:	
		مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض الشبكية.	
		هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلاق العضروفي المتوسط أو المتقدم (الديسك)، انحراف العمود الفقري المتوسط أو المتقدم** (سكوليوسيس)، احتكاك المفاصل المتوسط أو المتقدم أو تمزق الأربطة.	
		لاتأشئ الحامل فقط:	
		حمل حالي جنين واحد.	
		حمل حالي مع قيصرية سابقة.	
		حمل حالي متعدد الأجنة.	
		تاريخ الولادة المتوقع.	
1	Any hospital admission during the last 12 months. " Admission: registration as an admitted patient at the hospital until the following morning"	☐	☐
2	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases limited to: Autism, listed Benign Tumor (Breast tumors, fibroid uterus, benign prostatic hyperplasia, thyroid goiter and parathyroid glands, liver tumors, colon tumors), Malignant tumors, listed Cardiac diseases (2 Coronary and valve heart diseases, heart failure, cardiac fibrillation, myocardial infraction, heart clots). Chronic Hepatitis C, Gallstones, Sever Kidney failure (stage 5 Requiring dialysis, clearance of less than 15 ml/ minute *), Urinary tract stones, hernias, Autoimmune diseases (lupus, rheumatoid arthritis, psoriasis, Crohn's disease, ulcerative colitis, multiple sclerosis, celiac disease)	☐	☐
3	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases limited to: Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, Gaucher's disease, G6PD Deficiency, cystic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	☐	☐
4	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, Retinal diseases.	☐	☐
5	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases limited to: Vertebral disc prolapse (moderate or severe), Scoliosis(moderate or severe)** , or Ligament tears, osteoarthritis (moderate or severe)	☐	☐
6	Pregnant Females only: Current single pregnancy. Current single pregnancy with previous CS delivery. Current multiple pregnancy. Expected delivery date:	☐ ☐ ☐ / .. / ..	

[illegible]

Understandings: (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 SAICO 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 SAICO 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.	الإقرار والتفويض: أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلا كاملة وصحيحة وبناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأن شركة التأمين (أسم شركة التأمين) لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لجمعها لتقريرها في بعض المعلومات التي تحتاج إليها لتقييم المخاطر. أوافق على أن SAICO (شركة التأمين) لها الحق في رفض التغطية/الطلبات في حال عدم الإعلان عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلا في ثبات قبل تاريخ التعاقد أو قبل تسجيل أو إضافة شخص جديد خلال فترة سريان العقد. أقر بأنني قد قرأت وفهمت جميع أجزاء هذا النموذج كما قرأت بأن عدم إثباتي أمامي من الحالات المذكورة أعلا بعبارة معينة في وجود ما يستحق الإعلان عنه عليه وأعلم. أعلم أن عدم تعبئة بيانات الطول والوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحاة السمنة المفرطة.
--	--

Entity's stamp ختم جهة العمل	Employee Signature توقيع الموظف	Date التاريخ ... / ... / ...
---------------------------------	------------------------------------	------------------------------------

- (1) Upon renewal of the policy , the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for (11) months.
- (2) The company is not entitled to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy in the same insurance company unless the mother is covered on different insurance company.
- (3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
- (4) The irregularity of the signature of the employer instead of the employee to avoid taking legal responsivity.
- (5) Insurance company has the right to reject coverage of
 - * As per the Kidney Diseases Outcomes Quality Initiative (KDOQI) Clinical Practice Guideline classification
 - ** Scoliosis Cobb angle more than 10 degrees or Scoliometer more than 5 degrees.