



## Medical Declaration Form

## نموذج إفصاح طبي

<b>Dear Insured:</b> 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.		<b>عزيزي المؤمن له:</b> نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير ولضمان حصولك وأفراد أسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة.	
Type of Application: New <input checked="" type="checkbox"/> Addition <input type="checkbox"/>		نوع الطلب: جديد <input checked="" type="checkbox"/> إضافة <input type="checkbox"/>	
Applicant Information			
Entity Name: اسم المنشأة:			
Policy NO./CR: رقم الوثيقة/رقم السجل التجاري:			
Employee Name: اسم الموظف: سعيد خالد احمد الغامدي			
Date: تاريخها: ١٤٤٧/٥/٥	ID No. 1099747907	Nationality: الجنسية: سعودي	رقم الهوية: ١٠٩٩٧٤٧٩٠٧
City: المدينة: الرياض	Occupation: خدمة عملاء	Gender: ذكر	الوظيفة: ١٠٩٩٧٤٧٩٠٧
Postal Code: الرمز البريدي: 32263	P.O. Box: ص ب: 6132	العنوان: الدمام	
Telephone No. رقم الهاتف: ٨١٨ - ٧٩	Mobile No. 0552301019	جوال: ٠٥٥٢٣٠١٠١٩	
Marital status: Married <input type="checkbox"/> Single <input checked="" type="checkbox"/>		الحالة الاجتماعية: متزوج <input type="checkbox"/> أعرب <input checked="" type="checkbox"/>	
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):	
Any hospital admission during the last 12 months?		هل تم التنويم بالمستشفى خلال آخر 21 شهر؟	
Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases limited to: Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Disease, 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 C، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكتيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	
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، ضيق العضلات الشوكية، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقية الوراثية.	
Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, Corneal Disease or Retinal Disease.		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 bone diseases limited to: Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament Tears.		هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإزلاق الغضروفي (الديسك)، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.	
For Pregnant Females only: Current single pregnancy Current singly pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date:		للأنثى الحامل فقط: حمل حالي جنين واحد حمل حالي مع قيصرية سابقة حمل حالي متعدد الأجنة تاريخ الولادة المتوقع:	
Employee and dependents details that need to be added (In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below)			
اسم الموظف / أفراد العائلة	القرابة	رقم الهوية	الوزن
اسم الموظف / أفراد العائلة	الجنس	ID Number	Relation
File No.	Provider Name	Case	Mobile No.
Height	Weight	ID Number	Relation
Gender	Employees/Dependent Name		
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			

<b>الإقرار والتفويض:</b> 2. 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 أنعمت لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر. 1. 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 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 نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه وعليه أوقع. 4. عدم تعبئة بيانات الطول والوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة.		<b>Undertaking:</b> 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 (MEDGULF) 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 (MEDGULF) 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.
<b>جهة العمل</b> Entity's stamp: _____ ختم جهة العمل: _____ Employee Signature: _____ توقيع الموظف: _____ Date: ٢٠٢٢/١١/٢٤ التاريخ:		

\*Note: - Upon renewal of the policy, MEDGULF shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.

- عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق لميدغولف طلب نموذج إفصاح لأي مؤمن له مضى عليه 11 شهرًا.  
 - لا يحق لميدغولف طلب نموذج إفصاح طبي للمواليد الجدد عند إضافتهم على وثيقة التأمين الصحي.  
 - It is illegal to sign this form by the employer.  
 - في حال الحاجة لإضافة تاييد أكثر يتم تعبئة نموذج جديد.  
 - عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلاً عن المؤمن له.

- MEDGULF is not eligible to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.  
 - If you need to add more dependents, an additional form should be filled instead of the employee.