

<b>Dear Insured:</b> <b>Please fill out the form correctly for the purpose of pricing and to ensure that you receive health care services as required according to your unified policy benefit.</b>		<b>عزيزي المؤمن له:</b> نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير ولضمان حصولك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة.	
Addition <input type="checkbox"/> إضافة (2)		New <input type="checkbox"/> جديد	
Policy No./CR : رقم الوثيقة/ السجل التجاري:		Entity Name: اسم المنشأة:	
Employee/Dependent name as it appears on the card:		اسم الموظف/التابع كما يظهر بالبطاقة:	
Date: / /	تاريخها :	ID Number	رقم الهوية:
Gender: الجنس:	Nationality: الجنسية:	City: المدينة:	Occupation: الوظيفة:
Occupation: Dependent <input type="checkbox"/> تابع Employee <input type="checkbox"/> موظف	المهنة :	Marital Status: Married <input type="checkbox"/> متزوج Single <input type="checkbox"/> أعزب	الحالة الإجتماعية :
Height: الطول:	Weight: الوزن:	Mobile No.:	جوال:
<b>Please declare any of the below cases by marking ✓ under the word (Yes)</b>		<b>يرجى الإفصاح عن وجود أي من الحالات ادناه بوضع إشارة ✓ في المربع تحت كلمة (نعم)</b>	
SR	Any hospital admission during the last 12 months?	لا No	نعم Yes
م	هل تم التنويم بالمستشفى خلال آخر ١٢ شهر؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
١	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases <b>limited to:</b> 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 type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
٢	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases <b>limited to:</b> Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, Hemophilia, Metabolic diseases, Hydrocephalus, Spinal muscle atrophy, Genital malformations, Chromosomal abnormalities, Gaucher's disease, G6PD deficiency, Stick fibrosis, Hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic kidney disease	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
٣	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases <b>limited to:</b> Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
٤	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases <b>limited to:</b> Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
٥	<b>Pregnant Females only:</b> Current single pregnancy. Current single pregnancy with previous CS delivery. Current multiple pregnancy. Expected delivery date:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>الإنتى الحامل فقط:</b> حمل حالي جنين واحد. حمل حالي مع قيصرية سابقة. حمل حالي متعدد الاجنة. تاريخ الولادة المتوقع:			
في حالة الإجابة بنعم على أي حالة In case of a Yes answer on any case			
SR	Provider Name / اسم مقدم الخدمة	Case / الحالة	م
1			١
2			٢
3			٣
<b>Undertakings:</b>		<b>الإقرار و التفويض:</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 <b>Walaa Cooperative Insurance Company</b> has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).		1. أقر إن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة و بناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وإن شركة <b>ولاء للتأمين التعاوني</b> لها الحق في الإتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر.	
2. I agree that <b>Walaa Cooperative Insurance Company</b> 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.		2. أوافق على أحقية شركة <b>ولاء للتأمين التعاوني</b> في رفض المطالبة أو التغطية كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل التسجيل 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.		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.	
Entity's stamp ختم جهة العمل	Insured Signature توقيع المؤمن له (3)	Date التاريخ	.... / .. / ..

(1) عند تجديد الوثيقة مع نفس شركة التأمين فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج إفصاح لأي مؤمن له مضي عليه (11) أشهر.  
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج إفصاح طبي للموالميد الجدد عند إضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية.  
(3) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلاً عن المؤمن له تجنباً لتحمله المسؤولية القانونية.