



Medical Declaration Form

نموذج إفصاح الطبي

APPLICANT'S DETAILS

بيانات مقدم الطلب

Type	<input type="checkbox"/> Addition	<input type="checkbox"/> New	نوع الطلب	<input type="checkbox"/> إضافة	<input type="checkbox"/> جديد
CR No.	السجل التجاري	Entity Name	اسم المنشأة		
Employee/ Dependent name as it appears on the card		Date	اسم الموظف / التابع كما يظهر بالبطاقة		
Address	العنوان	ID No.	تاريخها		
P.O.Box	ص.ب	Nationality	رقم الهوية		
Zip Code	رمز بريدي	Occupation	الجنسية		
Phone No.	هاتف	City	الوظيفة		
Mobile No.	الجوال		المدينة		

DETAILS OF MEDICAL HISTORY

تفاصيل التاريخ الطبي

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 2 months?	<input type="checkbox"/> No/ لا	<input type="checkbox"/> Yes/ نعم	هل تم التنويم بالمستشفى خلال آخر ١٢ شهراً؟
Do you have chronic diseases limited to: Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis, Gallstone, Kidney failure, Urinary tract stones, Thyroid goiter, Cysts, Broid uterus, Hernais, 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 المزمع حصوات المرارة الفشل الكلوي حصوات المسالك البولية تضخم الغدة الدرقية التكيسات ورم ليفي بالرحم الفتق أمراض المناعة الذاتية أو تصلب 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 المنتقلة من جيل إلى آخر؟
Do you have eye diseases Limited to: 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 شبكية؟
Do you have Bone diseases limited to: Vertical 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؟
Pregnant Females, Only:			للأنثى الحامل فقط:
Current single pregnancy.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	حمل حالي جنين واحد.
Current single pregnancy with previous CS delivery.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	حمل حالي مع قيصرية سابقة.
Current multiple pregnancy.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	حمل حالي متعدد الأجنة.
Expected delivery date.			تاريخ الولادة المتوقع.

IN CASE OF A YES ANSWER ON ANY CASE

في حال الإجابة "نعم" علي أي حالة

Hospital Name	اسم المستشفى
MR. No.	رقم الملف

UNDERTAKINGS

الإقرار و التفويض

I hereby undertake that all above information is correct and the acceptance of my enrollment will be on the Basis of such information and that Solidarity Saudi Takaful Co. 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 و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة و صحيحة وبناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات و أن شركة سوليديرتي السعودية للتكافل لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أنعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر.

I agree that Solidarity Saudi Takaful Co. has the right to reject the coverage/claims in fall in case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or adding a new member during the Contract.
أوافق على أحقية سوليديرتي السعودية للتكافل 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.

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 بأني 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	جهة العمل
GS Name	مسؤول التأمين
Signature	التوقيع
Stamp	الختم

EMPLOYEE	الموظف
Date	التاريخ
Employee Signature	توقيع الموظف