عناية السعودية
SAUDI ENAYA

نمـــوذج إفـصـــاح طـــبي

نوع الطلب: ☐ جديد ☐ إضافة

اسم المنشأة: ..... السجل التجاري: .....

اسم الموظف كما يظهر بالبطاقة: ..... العمر: ..... الجنسية: .....

الوظيفة: ..... رقم الهوية: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ تاريخها: ☐☐☐☐ ☐☐ ☐☐

العنوان: ..... المدينة: ..... ص.ب: ..... الرمز البريدي: .....

رقم الجوال: ..... هـاتف: .....

يرجى الإفصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع إشارة √ في المربع تحت كلمة (نعم) والتنويه عن الاسم الشخص المعني بالحالة

#	الحـــــــالـــــــة	نعم	لا	الاسم المعني	العمر	صلة القرابة
١	هل تم التنويم بالمستشفى خلال آخر ١٢ شهر؟	☐	☐			
٢	هل لديك أي من الأمراض المزمنة التالية فقط: الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد؟	☐	☐			
٣	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)؟	☐	☐			
٤	هل لديك أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية؟	☐	☐			
٥	هل لديك أي من أمراض العظام التالية فقط: الإنزلاق الغضروفي (الديسك)، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة؟	☐	☐			
٦	**للأنثى الحامل فقط:** - حمـل حـــالي جنين واحـــد. ☐ ☐ - حمل حـــالي مع قيصرية ســابقة ☐ ☐ - حمـل حـالي متـعـدد الأجـنـة. ☐ ☐ - تـــاريخ الـولادة المتوقع: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐			

في حالة الإجابة بنعم على أي حالة

اسم المستشفى: ..... رقـــم الملـف: .....

الإقرار والتفويض

١- أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وبناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأن شركة عناية السعودية لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر.

٢- أوافق على أحقية عناية السعودية 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 بأني 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 عني وعن عائلتي.

التاريخ	توقيع الموظف	جهة العمل
		مسؤول التأمين: ..... التوقيع: الختم

عناية السعودية
SAUDI ENAYA

Medical declaration form

Type: ☐ New ☐ Addition

Entity name: . . . . . CR No.: . . . . .

Employee name as it appears on the card: . . . . . Age: . . . . . Nationality: . . . . .

Occupation: . . . . . ID Number: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Date: ☐☐☐☐☐☐☐☐

Address: . . . . . City: . . . . . P.O.Box: . . . . . Zip Code: . . . . .

Mobile No.: . . . . . Telephone: . . . . .

Please declare any of the below cases by making √ under the word (Yes) and mention The person concerned

#	Case	YES	NO	Concerned Name	Age	Relation
1	Any hospital admission during the last 12 months?	☐	☐			
2	Do you have chronic diseases limited to: Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis?	☐	☐			
3	Do you have congenital disorder or hereditary diseases. (Diseases that affect the individual during fetal life or diseases resulting from generic defect or disorder or transmitted from one generation to another)?	☐	☐			
4	Do you have eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases?	☐	☐			
5	Do you have bone diseases limited to: Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears?	☐	☐			
6	**Pregnant Females only:** - Current single pregnancy. - Current single pregnancy with previous CS delivery. - Current multiple pregnancy. - Expected delivery date: ☐☐☐☐☐☐☐☐	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐			

In case of a Yes answer on any case

Hospital Name: . . . . . MR No: . . . . .

Undertakings

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 Saudi Enaya 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 Saudi Enaya 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 member during the contract.

3- I hereby confirm reading and understanding all points presented in this form and I agree that not making any cases is understood as "Nothing requires declaration" and I sign on these basis on behalf of me and my family.

Entity	Employee Signature	Date
GS Name: . . . . . Signature: Stamp		