# طلب تأمين صحي

# Medical Insurance Request

**نوع الطلب :** جديد ( ✓ ) New  إضافة ( ) Addition  ترقية ( ) Upgrade  **Request Type :**

## - تفاصيل الموظف/ة :

| | | |
|---|---|---|
| المشروع: Project ألجوف | الرقم الوظيفي: Employee NO. : 7512 | Married ✓ متزوج<br>Single أعزب |
| الاسم: Name: رزاز اسماعيل علي محمد | الوظيفة: Job Title: محاضر | |
| الجنسية: Nationality: سودانية | تاريخ الميلاد: Date of Birth: ١٩٨٤/٤/٨ | |
| رقم بطاقة الأحوال/ الإقامة / رقم الدخول: ID NO./ Visa Entry NO. : 2450671777 | | |
| * ملاحظات:<br>• نأمل تعبئة جميع البيانات المطلوبة أعلاه.<br>• إرفاق صورة من ( الهوية / الإقامة / الجواز و التأشيرة موضح بها رقم الدخول). | | * Remarks:<br>• Please Fill the Required info above.<br>• Attach( ID / Iqama / Passport and visa (Entry Number)) |

## - تفاصيل التابعين: - Dependents Details:

| * | اسم التابع Dependent Name | صلة القرابة Relationship | رقم الهوية / رقم الدخول ID NO. / Visa Entry NO | تاريخ الميلاد Date of Birth |
|---|---|---|---|---|
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |

| | |
|---|---|
| للتابعين إرفاق صورة من :<br>1- كارت العائلة /للسعوديين.<br>2- الإقامة / للمقيمين.<br>3- شهادة الميلاد لحديثي الولادة.<br>4- صورة الجواز و التأشيرة موضح بها رقم الدخول . | Attachment for Dependents :<br>1- Dependents ID / Saudi.<br>2- Iqama / None Saudi.<br>3- Birth Certificate (New Born).<br>4- Passport and visa (Entry Number). |

| | |
|---|---|
| توقيع الموظف/ة: Employee Signature : | التاريخ الميلادي: Date : ٢٠٢٠-٠٤-١٣ |
| رقم الجوال: Mobile number : 0550404299 | |

# نموذج الافصاح الطبي الموحد
# 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 بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير ولضمان حصولك وأفراد أسرتك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة.**

| | |
|---|---|
| **Addition** ☐ إضافة (2) **New** ☑ جديد | **Type:** نوع الطلب (1) |
| **PolicyNo./ CR** رقم الوثيقة /السجل التجاري: | **Entity name:** اسم المنشأة: |
| **Mobile No.** 0550404299 رقم الجوال: | **Employee name:** رزاز اسماعيل علي محمد **اسم الموظف :** |

**ID Number** 2 4 5 0 6 7 1 7 7 7 رقم الهوية

**Gender :** الجنس: **Nationality:** الجنسية: **Marital status:** Married ☐ متزوج Single ☐ اعزب الحالة الإجتماعية:

| | Please declare any of below cases by marking ✓ under the word (Yes): | No لا | YES نعم | برجى الإفصاح عن وجود أي من الحالات أدناه بوضع إشارة ✓ في المربع تحت كلمة (نعم): | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Any hospital admission during the last 12 months. | ☑ | ☐ | هل تم التنويم بالمستشفى خلال آخر 12 أشهر | 1 |
| 2 | Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, Benign Tumor , Cancer , Heat Diseases, 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، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن سي ، حصوات المرارة ، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات ، ورم ليفي بالرحم، الفتق،أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد. | 2 |
| 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, Gautier's,G6PD Deficiency, Systic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease. | ☑ | ☐ | هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية **التالية فقط :** الشلل الدماغي ، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسامت، مرض غوشر، مرض التكسر الفولي، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي. | 3 |
| 4 | Have you been diagnosed with any of the following eye diseases **limited to:** Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases. | ☑ | ☐ | هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين **التالية فقط:** مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية. | 4 |
| 5 | 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:** الإنزلاق الغضروفي (الديسك) ، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة. | 5 |
| 6 | Pregnant Females only:<br>Current single pregnancy.<br>Current single pregnancy with previous CS delivery.<br>Current multiple pregnancy.<br>Expected delivery date: | ☐<br>☐<br>☐<br>.../.../... | | **للأنثى الحامل فقط:**<br>حمل حالي جنين واحد.<br>حمل حالي مع قيصرية سابقة.<br>حمل حالي متعدد الأجنه.<br>تاريخ الولادة المتوقع: | 6 |

**Employee and dependents details that need to be added**
(In case of a Yes answer above, please declare the case in the table below )

**بيانات الموظف وأفراد العائلة المراد اضافتهم (3)**
(في حالة الإجابة بنعم أعلاه، الرجاء ذكر الحالة في الجدول أدناه)

| م | اسم الموظف/ أفراد العائلة Employees/Dependent Name | الجنس Gender | القرابة Relation | الهوية رقم ID Number | الوزن Weight | الطول Height | رقم الجوال Mobile No. | الحالة case | اسم مقدم الخدمة Provider Name |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | |

**Undertakings:**

1. I hereby undertake that all above information is correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that AXA 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 AXA has the right to reject the coverage/claims in full case of no declaration of any cases prior to the contractual date or before enrolling or 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 sig no these bases.
4. Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

**الإقرار والتفويض:**

1. أقر ان البيانات والمعلومات والمذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وبناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على اساس هذه البيانات وأن شركة أكسا للتأمين لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي اتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج اليها لتقييم المخاطر.
2. أوافق على أحقية شركة أكسا للتأمين في رفض المطالبة أو التغطية كلياً عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكوره أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد او قبل تسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد.
3. أقر بأني قد قرأت وفهمت جميع ماجاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم إشاراتي أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه بمثابة وجود مايستحق الإفصاح عنه وعليه أوقع.
4. عدم تعبئة بيانات الطول والوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة.

| Entity's stamp ختم جهة العمل | Employee Signature (3) 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 insurer is not eligible to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
(3) If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
(4) It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

(1) عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج إفصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) أشهر.
(2) لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج إفصاح طبي للمواليد الجدد عند إضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية
(3) في حال الحاجة لإضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد
(4) عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلاً عن المؤمن له.

مطار الملك خالد الدولي
١٠ ١٤٢٩
ENTRY دخول
VISA
KINGDOM OF SAUDI ARABIA
A0069765
Date : 23/01/18
Validity : 90 D
المرافقون : ٠
الرقم : ٦٠٤٣٣٨٠٢٤٢
تاريخها : ٣٩/٠٥/٠٦
مصدرها : الخرطوم
صلاحيتها : ٩٠ يوم
الاسم :رزاز اسماعيل علي محمد
العلاقة:زوجة
الديانة :الاسلام
الغرض: للإقامة مع زوجها حيدرا محمد خليفه عبدالمنعم
المستند : ٤/٢٩/٢
تاريخه :٦/٥/١٤٣٩
إقامة
E240441327
V<SAUMOHAMED<<RAZAZ<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<
P020303648SDN8202084F2906209604338024 2<<<<<<0