

## لې<u>Bupa</u> بوبا

## **Medical Declaration Form**

Dear Insured:

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 unfied policy benefit.

عزيزى المؤمن له:

نَّأَمَلُ قَيَامِتُ بِتَعِيثَةَ هَذَا النَّمُوذَةِ بِالشَّكُلِ الصَحيِحَ لَغَرَضَ التَّسَعِيرِ ولضَمَانَ حصولك علم خدمات الرعاية الصحية بالشَّكُل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة.

Addition [أضافة] New [√] בגיג New [Mohammad Khairul Islam] בגיג Entity name: Awtad Al Akaria Company												
	Male		Bangladeshi	م الموطعا: _	go: p.m. Littly name.			·		منشأة:	•	
	2520000012	: Nationality: _				cy No. / CR No.:			رقم الوثيقة/ السجل التجاري:			
ID No.	2029090012	Mobil رقم الهوية:	e No.: 05379	10990 I		۸ جوال	larital Status:	نزوج 🔲 Married	أعزب 🗶 Single مأ	الإجتماعية:	الحالة ا	
Con No.		below cases for yourse marking 🗸 under the w		No 3	Υe	لتدو ی	تا احد اقراد		تصاح عن وجود أيا من الحالا ضع إشارة 🗸 في المربع		رقم المالة	
1.	Any hospital admissio	n during the last 12 mor	nths.					ىثىھر؟	ويم بالمستشفي خلال أخر١٢	هل تم الننا	1	
2.	chronic diseases <u>limite</u> Autism, Benign Tumor Hepatitis C, Gallstones stones, thyroid goiter,	been diagnosed with any of the following liseases <u>limited to</u> : senign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract hyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, une diseases or Multiple sclerosis.					الك البولية .	ل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية <u>فقط:</u> وحد. الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب. الالتهاب الكبدي الفيا عرض نسب، حصوات المرارة، الفشل الكلوي. حصوات المسالك البولا مخم الغدة الدرفية، التكينسات ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المنا ذاتية أو التصلب المتعدد.			Γ	
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, Gaucher's disease, G6PD Deficiency, cystic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.						وفينيا. أمراض ، تشوهات ض التكسر	هل ثم تشخيصك بأب من الأمراض الورائية أو التشوهات الخلقية الت الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموقيليا، التمثيل الغذائيد، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوه الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التك الغوك الثابف الكيسع، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الخلقه، الوراثي،			μ.	
4.	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases <u>limited</u> to: Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.							ن بأي من أمراض العين النالية <u>فقط</u> : زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشيكية.			3	
5.	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases l <u>imited to</u> : Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.							نَّي من أمراض العظام التالية <u>فقط</u> : الإنْرَلاق الغضروفب العمود الغغري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة .			0	
6.	Pregnant Females only: Current single pregnancy.						<u>للأنثى الحامل فقط:</u> حمل حالي جنين ولحد.				ר	
Current single pregnancy with previous CS delivery.							حمل دانيا مع قيصرية سنابقة.					
Current multiple pregnancy.								عمل حالي متعدد الأجنة.				
	Expected delivery date:			and / pare / pg			تاريخ الولادة المتوقع:					
Employee and dependents' details that need to be added (الرجاء الاقتصاح فجاحال وجود اباحالة فلية لديك او لدك احد إفراد العالية) (الرجاء الاقتصاح فجاحال وجود اباحالة فلية لديك او لدك احد إفراد العالية)												
	اسم المستشفق Hospital Name	الحالة Condition	رقم الجوال Mobile No.	الطول (H <b>t.(cm</b>	பூழி Wt.(kg)	ع الموية #ID			البوطفا/ أقراد العائلة Employee / Depender			

## Undertaking

- 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 Bupa Arabia has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).
- I agree that Bupa Arabia 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.
- a new Insured during the contract.

  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.
- Failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

## الاقرار والتمونقيل

- أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وبناء عليه فإن قبول الطلت بسبتم علي أساس هذه البيانات وأن شركة بونا العربية لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لترويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر.
- أوافق علد أحقية بونا العربية في رفض المطالنة أو الثغضية كلباً عند عدم الافضاح عن وجود أب من الحالات المذكورة أعلاه التي نشئات فيل تاريخ التعاقد أو فيل تسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد.
  - أقر تأيّ قد قرأت وقهمت حميع ماحاء في هذا النموذج كما أنتهد بأن عدم إشارتي أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه بعتبر بمثانة نفج وجود مايستحق الإقصاح عنه وعليه أوقع.
    - عدم تعبئة بيانات الطول والوزن سيؤدب إلى رفض تفطية تكاليف عملية جراحة السمئة المغرطة.

Entity's stamp:	دُتَم جِمةَ العملِ:·	Employee Signature:	Signature: نُوقَيْعُ الموطَّةُ عَلَى الْمُوطِّقُةِ الْمُوطِّقِينَا الْمُؤْمِنَا الْمُؤْمِنِينَا ال				التاريخ:	
		white	-		in an I	urai /		