

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 unified policy benefit.

عزيزي المؤمن له:
نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير ولضمان حصولك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة.

Addition إضافة

New جديد

Employee Name: Mohammad Khairul Islam : اسم الموظف Entity name: Awtad Al Akaria Company : اسم المنشأة

Gender: Male : الجنس Nationality: Bangladeshi : الجنسية Policy No. / CR No.: : رقم الوثيقة/ السجل التجاري:

ID No.: 2529890812 : رقم الهوية Mobile No.: 0537989961 : جوال Marital Status: Married متزوج Single أعزب : الحالة الاجتماعية:

رقم الحالة	يرجى الإفصاح عن وجود أي من الحالات أدناه لديك أو لدى أحد أفراد العائلة بوضع إشارة ✓ في المربع تحت كلمة (نعم)	لا No	نعم Yes
1	هل تم التلويح بالمستشفى خلال آخر 12 شهر؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، التهاب الكبد الفيروسي المزمن، سس، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفئق، أمراض المناعة الذاتية أو التضيق المتعدد.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط: التشنج الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، التلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غونتر، مرض التكسر الفوقي، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقية الوراثية.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإزلاق المفصولة (الديسك)، الحرقان، العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	للإناث الحوامل فقط: حمل حالي جنين واحد. حمل حالي مع فيصيرة سابقة. حمل حالي متعدد الأجنة. تاريخ الولادة المتوقع:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Employee and dependents' details that need to be added (Please declare whether there is a medical condition for you or any family member)							
اسم المستشفى Hospital Name	الحالة Condition	رقم الجوال Mobile No.	الطول Ht.(cm)	الوزن Wt.(kg)	رقم الهوية ID#	صلة القرابة Relationship	الجنس Gender

الأقرار والتفويض

• أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وبناء عليه فإن قبول التغطية سيتم على أساس هذه البيانات وأن شركة بupa العربية لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي تتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر.

• أوافق على أحقية بupa العربية في رفض المطالبة أو التغطية كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي تسبب قبل تاريخ التعاقد أو قبل تسجيلي أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد.

• أقر بأنني قد قرأت وفهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم إنشائي أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة تعمي وجود ما يستحق الإفصاح عنه وعليه أوافق.

• عدم تعبئة بيانات الطول والوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المعروفة.

Entity's stamp: : ختم جهة العمل Employee Signature: : توقيع الموظف Date: : التاريخ