

نموذج إفصاح طبي 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:
تأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير ولضمان حصولك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة.

Employee Name: Ahmed Mohammed M Alzahrani اسم الموظف: أحمد محمد م الزهراني Entity name: Daffah Company اسم المنشأة: دافاه
Gender: Male الجنس: ذكر Nationality: Saudi الجنسية: سعودية Policy No. / CR No.: 45746800 رقم الوثيقة / السجل التجاري: 45746800
ID No.: 1067314409 رقم الهوية: 1067314409 Mobile No.: 0554602050 جوال: 0554602050 Marital Status: Married متزوج Single أعزب

Con. No.	Please declare any of below cases for yourself or any of your dependents by marking ✓ under the word (Yes):	No لا	Yes نعم	يرجى الإفصاح عن وجود أي من الحالات أدناه لديك أو لدى أحد أفراد العائلة بوضع إشارة ✓ في المربع تحت كلمة (نعم):	رقم الحالة
1.	Any hospital admission during the last 12 months.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم التويز بالمستشفى خلال آخر 12 شهراً؟	1
2.	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases limited to: Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، التهاب الكبد الفيروسي المزمن سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو تصلب 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, Gaucher's disease, G6PD Deficiency, cystic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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 الكروموسومات، مرض غوشير، مرض التكرس القولي، التليف الكيسي، هيموكروماتوزيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقية الوراثية.	3
4.	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الانزلاق الغضروفي (الديسك)، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.	5
6.	Pregnant Females only: Current single pregnancy. Current single pregnancy with previous CS delivery. Current multiple pregnancy. Expected delivery date:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	للأنثى الحامل فقط: حمل حالي جنين واحد. حمل حالي مع قيصرية سابقة. حمل حالي متعدد الأجنة. تاريخ الولادة المتوقع:	6

Employee and dependents' details that need to be added (Please declare whether there is a medical condition for you or any family member)		بيانات الموظف وأفراد العائلة المراد إضافتهم (الرجاء الإفصاح في حال وجود أي حالة طبية لديك أو لدى أحد أفراد العائلة)						
اسم المستشفى Hospital Name	الحالة Condition	رقم الجوال Mobile No.	الطول Ht.(cm)	الوزن Wt.(kg)	رقم الهوية ID#	صلة القرابة Relationship	الجنس Gender	اسم الموظف / أفراد العائلة Employee / Dependent Name

الإقرار والتفويض

• 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).

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

• 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.

• أوافق على أحقية بوبا العربية في رفض المطالبة أو التغطية كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل تسجيلي أو إضافة مؤمن له 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 بأنني قد قرأت وفهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أعهد بأن عدم إشارتي أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه وعليه أوقع.

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

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

Entity's stamp: ختم جهة العمل

Employee Signature: توقيع الموظف: أحمد محمد م الزهراني

Date: 19/08/2024 التاريخ: 19 / 08 / 2024

• Upon renewal of the policy, the insured must fill a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
• The insurer is not eligible to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
• If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
• It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

• عند تجديد الوثيقة فإنه لا بد من تعبئة نموذج الإفصاح لأي مؤمن له سبق عليه (11) أشهر.
• لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج إفصاح طبي للمواليد الجدد عند إضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية.
• في حال الحاجة لإضافة المزيد من المعتمدين، يجب تعبئة نموذج جديد.
• عدم تعبئة نموذج الإفصاح الطبي بالتوقيع بدلاً عن المؤمن له.