

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.

عبري المومي (٤)

أما في كامل معناه هذا المودج بالنسبة للصحيح لعرض السعر ولضمان حصول على
 جميع ما يلزمه من الخدمة بالسكناء المطلوب حسب مواقع المنطقة المودج

Date: / /	Addition ☐	إضافة
Employee Name:	Zulqarnain Fazal Hussain	اسم الموظف:
Entity Name:	Awad Al Akaria Company	اسم المنشأة:
Gender:	Male	الجنس:
Policy No./ CR No.:	1010295661	رقم السياسة / تسجيل النشاط:

جديد		New
رقم الهوية:	2479779908	ID No.:
رقم الجوال:	0593606433	Mobile No.:
الحسبة:	Pakistan	Nationality:
الحالة الاجتماعية:	Single	Marital Status:

[illegible]

Employee and dependents' details that need to be added
(Please declare whether there is a medical condition for you or any family member)

بمئات الموظفين وأفراد العائلة المزارع أصافهم
إلى جلاء الأخصاء في حاله ومحمد إلى حاله طيبة ليدان أدلدي إحد أفراد العائلة

[illegible]

Undertaking

الاقبال والعروة :

- 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.
- 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.
- I hereby confirm that failure to fill the weight and height information will result in refusal to cover the cost of obesity surgery.

- أولاً البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وآراء عليه وآراء قبول النظرية على أساس هذه البيانات
- وأما الحرية لها الحق في الاضلاع المستحسنة التي انقلمت معها ليردوها ناك معلومات طيبة قد حجاج إليها
- لتوفيق المحاضر
- أوافق عليه أخصه من العربية في نفس الطائفة كليا عدم الاضلاع في وجود أي من الاعلال المذكورة
- أعلاه في شئ من تاريخ الحاضر أو في مستقبل أو إضاعة مؤمن في خلال هذه سران الله
- أوافق في راف وفتح محاضر في عدم الموضع ما بعد عدم إيساري أمام أي من الاعلال المذكورة
- أقدم بمطالبة في وجود مستحسنة الإضلاع في وعليه عوفي
- أقدم بضميمة سائر الأوطان واليه يستند كل من عوفي كالي ضحاجة الشبهة المصطفة

Entity Stamp:	توقيع الموظف:	Date:
		DD / MM/ YYYY

- * Upon removal of the pin, the insurer must request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months
 - * Business must contact to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance in the same policy or company
 - * If it cannot find any more documents, a new form must be filled
 - * The irregularity of the signature of the employee instead of the employee to avoid taking legal responsibility
 - * Rupa Arabia has the right to request full medical declaration cases related to the mentioned items in this medical declaration.
 - * At per the Kidney Foundation Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (KDOQI) Clinical Practice Guideline classification,
- ** Scoliosis Cobb angle more than 10 degrees or Scolometer more than 5 degrees.

- عند تحديد التهمة فإنه لا يجب للسلكة طلب نموذج إقرار أو موصى عليه (11) **الشخص**
 أو أي جدي لا يمكنه طلب نموذج إقرار أو موصى عليه. التحدث عن إقراره على وصفه التأسيسي الصحيح
 أو عدم وصفه على أي حال. **الأم**
 فإن لم يجدوا الإقرار، يجب أن يتم تفتيش نموذج الإقرار.
 عدم تظاير ما صاحب العمل بالموعد بدلاً عن الموصى عليه لتجنب المسؤولية القانونية.
 يجب توثيق التهمة ويجب توثيق عدم الإقرار أو الإقرار بالتهمة المذكورة. **المذكور**
 * يجب تصنيف الممارس على مقياسه نتائج أبحاث التفتيش وإصداره للحدود (KDOQI)
 حسب أوصى إجابة أكثر من 10 درجات أو أكثر من 5 درجات.