

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.

عبدى المقيم: 194

بما أن قيامك بهذه هذه المودج بالشكل الصحيح لعرض التسعير ولصماص حصولك على
جواب إيجابي إجابة بالشكل المطلوب حسب مبادئ الوثيقة الموحدة

Date: ___/___/___	Addition ☐	إضافة
Employee Name: _____	Roderick Decoran Madrid	اسم الموظف:
Entity Name: _____	Awtad Al Akaria Company	اسم المنشأة:
Gender: _____	Male	الجنس:
Policy No./ CR No.: _____	1010295661	رقم المنفعة / السجل التجاري:

New		جديد
ID No.:	2388573368	رقم الهوية:
Mobile No.:	05365577481	رقم الجوال:
Nationality:	Philippine	الجنسية:
Marital Status:	Married	الحالة الاجتماعية:

رقم الحالة	برجى الإفصاح عن وجود أي من الحالات أدناه لديك أو لدى أحد أفراد العائلة بوضع إشارة ✓ في المربع تحت كلمة (نعم):	No / لا	نعم / Yes	برجى الإفصاح عن وجود أي من الحالات أدناه لديك أو لدى أحد أفراد العائلة بوضع إشارة ✓ في المربع تحت كلمة (نعم):
1.	هل تم التنبؤ بالمشيخة خلال آخر 12 شهراً؟	☐	☐	هل تم التنبؤ بالمشيخة خلال آخر 12 شهراً؟
2.	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: الوحد، الأورام السرطانية، الأورام الحميدة التالية (أورام الثدي، أورام الرحم البهيمي، تضخم البروستات الحميد، أورام أو تضخم القفص الأورقي و الجذع اللدغية، أورام الكبد، أورام القولون، أمراض القلب التالية (أمراض شرايين القلب، فشل عضلة القلب، الرجحان القلبي، خلطات القلب)، التهابات الكبدى الفيروسى المزمن (سبى)، حصوات المرارة، الفشل الكلوى، السكتة (المرحلة الحاصية من أمراض الشكلى، التبريق الكلوى أقل من 15 مل/دقيقة)، حصوات المسالك البولية، الغنى، أمراض الصاعدة الداعية (الدنية الجذع)، التهاب المفاصل الروماتيزمية، تضيق، مرض كرون، التهاب القولون المزمن، تضيق التوريق، حساسية الفم)	☐	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض التالية فقط: الوحد، الأورام السرطانية، الأورام الحميدة التالية (أورام الثدي، أورام الرحم البهيمي، تضخم البروستات الحميد، أورام أو تضخم القفص الأورقي و الجذع اللدغية، أورام الكبد، أورام القولون، أمراض القلب التالية (أمراض شرايين القلب، فشل عضلة القلب، الرجحان القلبي، خلطات القلب)، التهابات الكبدى الفيروسى المزمن (سبى)، حصوات المرارة، الفشل الكلوى، السكتة (المرحلة الحاصية من أمراض الشكلى، التبريق الكلوى أقل من 15 مل/دقيقة)، حصوات المسالك البولية، الغنى، أمراض الصاعدة الداعية (الدنية الجذع)، التهاب المفاصل الروماتيزمية، تضيق، مرض كرون، التهاب القولون المزمن، تضيق التوريق، حساسية الفم)
3.	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو المتسوقات التالية فقط: العنيل الدماغي، اضطراب الخلايا العنجلية، التلاسيميا، البهيموفيليا، أمراض العنيل الدماغي، استسقاء الرأس، ضمور العنصل الشوكي، متسوقات الأعصاب العنصلية، أمراض الكروموسومات، مرض عوش، الكسور العنلى G6PD، التليف الكسبى للرئة، مرض تكسب الحديد (هيموكروماتوسيس)، مرض ويلسون، تكسب الكليش العنلى الوراثى	☐	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض التالية فقط: الوحد، الأورام السرطانية، الأورام الحميدة التالية (أورام الثدي، أورام الرحم البهيمي، تضخم البروستات الحميد، أورام أو تضخم القفص الأورقي و الجذع اللدغية، أورام الكبد، أورام القولون، أمراض القلب التالية (أمراض شرايين القلب، فشل عضلة القلب، الرجحان القلبي، خلطات القلب)، التهابات الكبدى الفيروسى المزمن (سبى)، حصوات المرارة، الفشل الكلوى، السكتة (المرحلة الحاصية من أمراض الشكلى، التبريق الكلوى أقل من 15 مل/دقيقة)، حصوات المسالك البولية، الغنى، أمراض الصاعدة الداعية (الدنية الجذع)، التهاب المفاصل الروماتيزمية، تضيق، مرض كرون، التهاب القولون المزمن، تضيق التوريق، حساسية الفم)
4.	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: Cataract, Glaucoma, Retinal diseases	☐	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: Cataract, Glaucoma, Retinal diseases
5.	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: Vertebral disc prolapse (Moderate or severe), Scoliosis (Moderate or severe), or Ligament tears, osteoarthritis (Moderate or severe).	☐	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: Vertebral disc prolapse (Moderate or severe), Scoliosis (Moderate or severe), or Ligament tears, osteoarthritis (Moderate or severe).
6.	Pregnant Females only: الأسى الحامل فقط: Current single pregnancy حمل حالى جنس واحد Current single pregnancy with previous CS delivery حمل حالى مع قبصره سابقه Current multiple pregnancy حمل حالى متعدد الأحصه Expected delivery date: تاريخ الولادة المتوقع:	☐	☐	الأسى الحامل فقط: Current single pregnancy حمل حالى جنس واحد Current single pregnancy with previous CS delivery حمل حالى مع قبصره سابقه Current multiple pregnancy حمل حالى متعدد الأحصه Expected delivery date: تاريخ الولادة المتوقع:

Employee and dependents' details that need to be added

(Please declare whether there is a medical condition for you or any family member)

المادة 10: لا يجوز للمحكمة أن تصدر حكمًا بغير ما تقدمت به النيابة العامة.

(الرجاء الاشارة الى تاريخ ومكان اصدار هذه النسخة في كل اصدار جديد)

[illegible]

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 conduct 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.

الافتاء والتفتيش

- أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وبأنه عاينها وأقر قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات
- أقر أنها الوفاة التي أقرها في الاتصال بالمستشفيات التي تعامل معها ليؤكد أنها معلومات طبية قد تصاح لها
- الطبيب المختص.
- أوافق على أخذه بوالا العربية في رفض المطالبة أو البضطة التي عند عدم الإصاحاب في وجود أي من الحالات المذكورة
- أعده التي بشأن في تاريخ التقاط أو قبل تسجيل أو إصاحبه مؤمن على خلاف غير سريان العقد.
- أقر بأني قد قرأت وفهمته جميع ما جاء في هذا المذود كما أعهد بأن معلومات إسراري أمام أي من الحالات المذكورة
- أعلاه بعد بمثابة في وجود ما يستحق الإصاحاب في وقتها أوقع
- أقر على عدم تعيينه بآليات الخطأ والخطأ إلى عدمه ، ومن ثم تكليفه عليه حراسة السمية المعطاة

Entity Stamp:	ختم جهة العمل:	Employee Signature:	توقيع الموظف:	Date:	التاريخ:
				DD / MM/ YYYY	

- Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months
 - AACEA has the right to request a full medical declaration form for members when they are added to the existing health insurance policy
 - If you need to pay for your medical care, you will be insured an alternative insurance company
 - If you need to pay for your medical care, you will be insured an alternative insurance company
 - The irregularity of the work of the employer instead of the insurance to avoid taking legal responsibility
 - AACEA has the right to select the full coverage of death benefits related to the mentioned terms in this medical declaration
 - As per the Kidney Foundation of the United States - Quality Indicator (KQOI) Clinical Practice Guideline classification
- ** Scallops also are more than 100 species of mollusks in a family of bivalves.

- [illegible]