



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 به:
أمل قيامك بعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير ولضمان حصولك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب مزايا الوثيقة الموحدة.

Date: / / Addition ☐ إضافة
Employee Name: Mid Hridoy Hossain اسم الموظف
Entity Name: Awlad Al Akaria Company اسم المنشأة
Gender: Male الجنس
Policy No./ CR No.: 1010295661 رقم الوثيقة / السجل البحاري

New ☐ جديد
ID No.: 2550112177 رقم الهوية
Mobile No.: 0539419732 رقم الجوال
Nationality: Bangladeshi الجنسية
Marital Status: Single الحالة الاجتماعية

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):
1.	Any hospital admission during the last 12 months.	☐	☐	هل تم السجيم بالمستشفى خلال آخر 12 شهر؟
2.	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases <u>limited to</u> : Autism, benign tumor (Breast tumors, fibroid uterus, benign prostatic hyperplasia, thyroid goiter and parathyroid glands, liver tumors, colon tumors), Malignant tumors, listed cardiac diseases (Coronary and valve heart diseases, heart failure, cardiac fibrillation, myocardial infraction), Heart clots, Chronic hepatitis C, Gallstones, Severe kidney failure (Stage 5, Clearance of less than 15 ml/minute*), Urinary tract stones hernias, Ulcerative colitis, Crohn disease, Rheumatoid arthritis, osteoarthritis, multiple sclerosis, autoimmune diseases (Lupus, Rheumatoid arthritis, psoriasis, crohn's disease, ulcerative colitis, multiple sclerosis, Hay fever)	☐	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام السرطانية، الأورام الحميدة التالية (أورام الثدي، أورام الرحم البني، تضخم البروستاتا الحميد، أورام أو تضخم اتدة الدرقية و الغار الدرقية، أورام الكبد، أورام القولون)، أورام القلب التالية (أمراض شرايين القلب، فشل عضلة القلب، الرجفان القلبي، جلطات القلب)، الأنتهاب الكبدى الفيروسى المزمن (سبى)، حصوات المرارة، الفشل الكلوى المزمن (المرحلة الخامسة من أمراض الكلى، الترشح الكلوى أقل من 15 مل/دقيقة*)، حصوات المسالك البولية، العنق، أمراض المناعة الذاتية (الذئبة الحمراء، التهاب المفاصل الروماتيزم، الصدفية، مرض كروبر، التهاب القولون التقرحى، تصلب اللويحي، حساسية الفم)
3.	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorders or hereditary diseases <u>limited to</u> : Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, Hemophilia, metabolic diseases, hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformation, chromosomal abnormalities, Gaucher's disease, G6PD deficiency, Cystic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, polycystic kidney disease.	☐	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو المتوارثات الخلقية التالية فقط: اضطراب الخلايا المنجلية، التلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض الشلل القحطاني، استسقاء الرأس، حمور الحصوات السوكي، سيقوفا الأعضاء المناعية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشير، البكسر العولوى G6PD، البلف الكبدى للثة، مرض نكديس الجند (هيموكروماتوسيس)، مرض ويلسون، نكيس الكبدى الخلفى الوراثى.
4.	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, Retinal diseases	☐	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بضاء، مياه رجاء، أمراض الشبكية
5.	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases limited to: 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: الانزلاق القضيبي (المعتدل أو الشديد)، انحراف العمود (المعتدل أو المتقدم)، إجهاد المفاصل العظمية أو التقرح أو تقرق الأربطة
6.	<u>Pregnant Females only:</u> Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date: DD/MM/YYYY	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐	<u>الأنثى الحامل فقط:</u> حمل حالى حبس واحد. حمل حالى مع قيصرية سابقة. حمل حالى متعدد الأحم. 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)					معلومات الموظفين وأفراد العائلة المراد إضافتهم (الرجاء الإفصاح عن وجود أى حالة طبية لديك أو لدى أحد أفراد العائلة)		
الاسم الطبي للموظف/عائلة	العائلة	رقم الجوال	الطول	الوزن	رقم الهوية	صلة القرابة	الجنس
Hospital Name	Condition	Mobile No.	Ht. (cm)	Wt. (kg)	ID#	Relationship	Gender

Undertaking	الإقرار والتعهد:
- 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.	- أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وبأن عليّ فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأن بوبا العربية لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها ليرويدها بأن معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر. - أوافق على أحبيته بوبا العربية على رفض المطالبة أو العطفة كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أى من الحالات المذكورة أعلاه التى سنأب قبل تاريخ التعاقد أو قبل تسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد. - أقر بأنى قد قرأ وفهممت جميع ما جاء فى هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم إسرائنى أمام أى من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة بقى وجود ماستحقاق الإفصاح عنه وعليه أوقع. - أقر أن عدم تعبئة بيانات الطول والوزن سيؤدى إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحه السمنة المفرطة.

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

- عند تجديد الوثيقة فإنه لا بد من إكمال نموذج الإفصاح لأى مؤمن له من قبله (11) أشهر.
- لا بد من إكمال الوثيقة طلب نموذج الإفصاح الطبي للمؤمن (جديد) عند إضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية لنفس شركة التأمين ما لم يكن الأمر عتلى وثيقة تأمين أخرى.
- فى حالة الحاجة لإضافة تأمينى أكثر تم تعبئة نموذج جديد.
- عدم تعبئة الأعم جانب لفعل بالتوقيع بدلاً من المؤمن له أيضاً تحمله المسؤولية القانونية.
- حتى لو لم يتم تعبئة نموذج الإفصاح لعدم الحاجة للمطالبة العطفة بالمود المذكورة بالنموذج.
- وفقاً لتبسيط آخر: من مؤسسته تاريخ أمدانى الكلى ومبادرة العود (KDOQI)
- حتى كوت براوية أكثر من 10 درجات أو سكرولوجمتر أكثر من 5 درجات.