

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.

تتبع المريض بعد هذا النموذج بالشكل الصحيح لمرض السعير ولضمان حصوله على
حماية الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب مواقع الوثيقة الموحدة.

Date: __/__/__ **Addition** ☐ **إضافة**

Employee Name: Muhammad Alzaal Muhammad Ilyas **اسم الموظف:**

Entity Name: Antad Al Akaria Company **اسم المنشأة:**

Gender: Male **الجنس:**

Policy No./ CR No.: 1010295661 **رقم الوثيقة / انسخل التجاري:**

New		جديد
ID No.:	2528461342	رقم الهوية:
Mobile No.:	0593317481	رقم الجوال:
Nationality:	Pakistani	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):	رقم الحالة
1.	Any hospital admission during the last 12 months.	☐	☐	هل تم السوم بالمستشفى خلال آخر 12 شهر؟	1.
2.	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases limited to: 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 infarction), Heart clots, Chronic hepatitis C, Gallstones. Sever 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: الوحم، الأورام السرطانية، الأورام الحميدة التالية (أورام البدي، أورام الرحم الليفي، نضرم، الروسات الحميد، أورام أو نضرم البدة الدرغى، أورام الدرق، أورام الكبد، أورام القولون)، أورام القلب التالية (أمراض شرايين القلب، فشل عضلة القلب، الرجاء القلبي، جلطات القلب)، الأليوبات الكبدى المزمنة (مرضى)، حمىوات العرارة، القيدى الكلى الشديد (المرحلة الخامسة من أمراض الكلى، المرشح الكلى أقل من 15 مل/دقيقة*)، حمىوات المسالك البولية، القيدى، أورام الصعاء التالية (الدانة الجرارة، أورام الغشاء الزوانى)، الصدفة، مرض كرون، التهاب القولون القروى، الصلوى اللوى، حساسية الفعج	2.
3.	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorders or hereditary diseases limited to: 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 المتوشوهات الخلقية التالية فقط: الشلل الدماغى، اضطراب الخلايا المنجلية، البلاسميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائى، استسقاء الرأس، ضمور العضلات المتوشو، متوشوات الأتشاء المناسية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشير، البكسر القولى G6PD، التليف الكيسى للرب، مرض نكدى الحديد (هيموكروماتوسيس)، مرض ويلسون، نكس الكلى الخلقى الوراثى.	3.
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 رفا، أمراض الشبكية	4.
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 القصرى (المتوشو أو المتوشو)، انزلاق التمشو العقرى (المتوشو أو المتوشو)، أحمال المفصلى المتوشو أو المتوشو أو بمرق الأربطة	5.
6.	Pregnant Females only: Current single pregnancy, Current single pregnancy with previous CS delivery, Current multiple pregnancy.			للأبى الحامل فقط: حمل حالى حبس واحد، حمل حالى مع قصيرة سابقة، حمل حالى متعدد الأحبة.	6.
	Expected delivery date:	DD/MM/YYYY		تاريخ الولادة المتوقى:	

Employee and dependents' details that need to be added

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

بنات الموظف وأفراد العائلة المراد أصافتهم
(الرجاء الإفصاح في حال وجود أي حالة طبية لديك أو لدى أحد أفراد العائلة)

[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 collect any medical information needed to assess the risks
- 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.

الإفطار والعقود

- إقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وهادئة، عليه أن يقول الطلب سيم على أساس هذه البيانات وأنهم لا يصره لها الحق في الأضرار والمستغيبات إلى التعامل معها لزورها بأن معلومات طبية قد تحتاج إليها لتبهم المخاطر.
- وأوفي على أخيه بها التعرية في رفض المطالبة أو العطفة كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه إلى سناب كين، تاريخ التناقد أو قبل تسجيل أو إضافة مؤيد له خلال فترة سريان العهد.
- وقد بأنى قد وافى وقهمم جميع ما حقه في المدعى المدعى بأن المدعى سارنى أمام أي من التحال المذكورة أعلاه غير بمثابة يعي وجود واستحقاق الاستدعاء عن وطيلة أوقه.
- إقر أن عدم مبرر بيانات الطول والوزن الإحصائي إلى رفض عطفة كالف عمليه حراجه السمية المعترضة.

Entity Stamp:		Employee Signature:		Date:	DD / MM / YYYY
---------------	---	---------------------	---	-------	----------------

- Liquid insurance of the policy: insurer shall refund a declaration form for any insured who has been insured for 11 months
- Bupa Arabia has the right to cancel a medical declaration form for reasons when they are added to the existing health insurance policy in the United Arab Emirates community after the mother is covered in a different insurance company
- If you used to add more dependents, a new form should be filled
- The irregularity of the signature of the employee is considered as invalid taking legal responsibility
- Bupa Arabia has the right to cancel the contents of a declaration case related to the mentioned items in this medical declaration
- As per the Kidney Foundation (Kidney Disease Outcomes Quality Initiative) (KDQI) Clinical Practice Guideline classification,
 - ** Scoliosis Cobb angle more than 10 degrees or Scolometer more than 5 degrees

- عند تحديد الوصفة فإنه لا بد من طلب مفوح إصباح أو مَوْصِي عن صبي عليه (11) أشهر.
- لا بد من إقراره (أو إقراره بزوج إصباح) على الموالاة أثناء عقد النكاح أو عقبه التامس المحض الساربه لبعض بنوكه التامس أو لم يكن إلا في حال إقراره لإصباحه على صبي منه بزوج حديد.
- عند نظامه فإن صاحب العمل بالزوج بدلًا عن الموصي له بحسباً لبعض المفسرين المتأخرين.
- بعد لزوم العربية بعد زواج حامله (الإصباح) لطله المتعلقة بالموالاة بالموالاة المدعومة بالموالاة.
- وهذا التفسير الصادر عن **مجلس إفتاء الكويت** الكلي وموارده (KODQI).
- * **حكم كوت برأيه** أكثر من 10: **مجلس إفتاء الكويت** أكثر من 5 مرات.