

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 United policy benefit.

عربي الموهي له
أمل قيامك بمعنة هذا المودع بالنسك الصحيح لعرص السعير ونصماف حصولك على
حدمات الرعاية الصحية بالنسك المطلوب حسب مافع التوبفة المودع

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

Employee Name: Hassan Mahamat Dumar Cherif اسم الموظف:

Entity Name: Akted Al Akraria Company اسم المنشأة:

Gender: Male الجنس:

Policy No./ CR No.: 1010295661 رقم الوثيقة / السجل التجاري:

New		جديد
ID No.:	2251816217	رقم الهوية:
Mobile No.:	0582121255	رقم الجوال:
Nationality:	Chadian	الجنسية:
Marital Status:	Single	الحالة الاجتماعية:

رقم الحالة	يرجى الإجابة على وجود أي من الحالات أدناه لديك أو لدى أحد أفراد العائلة بوضع إشارة ✓ في المربع تحت كلمة (نعم):	نعم / Yes	لا / No	Please declare any of below cases for yourself or any of your dependents by marking ✓ under the word (Yes):	Con. No.
1.	هل تم اليوم بالمستشفى خلال آخر 12 شهراً؟	☐	☐	Any hospital admission during the last 12 months.	1.
2.	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط : الوحم، الأورام السرطانية، الأورام الحميدة التالية (أورام الثدي، أورام الرحم اللبيبي، ضخام البروستات الحميد، أورام أو ضخمة فتحة البرص، أورام الدرق، أورام الكبد، أورام القولون)، أورام القلب التالية (أمراض شرايين القلب، فشل صلبة القلب، الرجفان القلبي خلطات القلب)، التهاب الكبد المزمن (أمراض الكبد)، ضوابط الغائرة (فشل الكلى المزمن)، المرحلة الخامسة في أمراض الكلى، التوسع الكلى أقل من 15 مل/دقيقة)، جفاف المسالك البولية، الغدني، أورام الخصية الذائبة، الذئبة الحمراء، التهاب المفاصل الروماتيزمية، أمراض مرض كرون، التهاب القولون المرضي، التهاب اللوزي، حساسية الفعج	☐	☐	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 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)	2.
3.	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض التالية : أو السهول الخلقية التالية فقط : اضطراب التخيل، الصلابة، البلاسما، الحموية، أمراض القلب الخلقية، استسقاء الرأس، ضمور العضلات السوكي، سهول الأعضاء البنيوية، أمراض الكروموسومات، مرض عوسر، الكسور المعوية G6PD، البلف الكيسي، لثة، مرض تكديس الحديد (هيموكروماتوسيس) مرض ويلسون، تكيس الكلى الخلقية الوراثية.	☐	☐	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.	3.
4.	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط : ماه بضاء، ماه زرقاء، أمراض البنية	☐	☐	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, Retinal diseases	4.
5.	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط : الارتقاق، التمزق، والتمزق (الموسيط أو المتغير)، انحراف العمود الفقري (الموسيط أو المتغير)، اجترانك المفاصل (الموسيط أو المتغير)، مرضى الأوتار.	☐	☐	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).	5.
6.	إلغائي المفاصل فقط: حمل حالي جسد واحد. حمل حالي مع قصرية سابقة. حمل حالي متعدد الأجنة. تاريخ الولادة المتوقع:	☐	☐	Pregnant Females only: Current single pregnancy. Current single pregnancy with previous CS delivery. Current multiple pregnancy. Expected delivery date:	6.
				DD/MM/YYYY	

Employee and dependents' details that need to be added

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

ساعات الموظف وأفراد العائلة المراد أصابعهم
(البناء الاضاح في حال وجود أي حالة طلبة لديك أو لدى أحد أفراد العائلة)

[illegible]

Undertaking

الإقارن والمقارن

- 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.

- اقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وبما عليه وأن قبول الطلب سيم على أساس هذه البيانات وأن بونا العتبة لها الحق في الاتصال بالمنسقيين إلى تعامل معها ليرودها بأن معلومات طبية قد تحتاج إليها لتيسم المطالبات
- أوافق على أحقية بونا العتبة في رفض المطالبة أو العطفة كلياً عند عدم الإصافح في وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه إلى شئ من خارج التعادد أو قبل تسليح أو إضافة معضني به خلال فترة إقرار الطلب
- أقر بأنني قد قرأت و فهمت جميع مخاض في هذا النموذج كما أعيد بأن عدم إجابتي أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة عني وجود مانسحق الإصافح على وعليه أوافق
- أقر بأن عدم صياغة بيانات الطفل والوالدين مسؤولة في رفضي بفضة تكلف عرجة حراجه المنعقدة

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

- Upon renewal of the policy, the owner shall request a declaration from the insurer who has been insured for 12 months
 - Bupa Arabia is not bound to provide a medical declaration from its members when they are added to the existing health insurance policy in the same financial company unless the member is working in different insurance company
 - If you need to add more dependents, a medical declaration is required
 - The integrity of the job status of the employee instead of the employee to avoid taking legal responsibility.
 - Bupa Arabia has the right to request the Employer for declaration cases related to the medical history in its medical declaration.
- ** As per the Kidney Foundation Kidney Disease Burden Initiative (KDIGO) Clinical Practice Guideline classification.**
- ** Scoliostis Cobb angle more than 10 degrees or Scoliotometer more than 5 degrees.**

- تحديد الوصفة وإيالة لا يحق للشركة طلب نموذج إيجاز إحصائي لا مؤمن له معنى عليه (11) أشهر.
 - لا يحق للمرافعة طلب نموذج إيجاز إحصائي للمواد إيجاز إحصائي عند استأنفهم على عهدة التأسيس المحض لشركة التأسيس ما لم تكن الشركة على وشك التأسيس.
 - في حال الحاجة لإيجاز إحصائي أكثر من بضع مئة نموذج جديد.
 - عند نظامية قيام صاحب العمل بالبيع بدلا من التحويل له نصحا للمضيفة المطلوبة التأسيسية.
 - في المواد العامة، يطلب صاحب العمل الإثبات المستندة بالإيجاز الإحصائي المستند المذكورة النموذج.
 - ^٢ بعد التأسيس، الصادر عن مؤسسة سداد إيجاز إحصائي تفكيكي وإيجاز إحصائي (KDOQI).
- * حثت قوت براون أكثر من 10 مؤيدون سابقون أكثر من 5 دول.