

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 المزمي،
 تأمل قدامك بمعناه هذا الممودج بالشكل الصحيح لعرض التسعير وضمان حصولك على
 خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب مزايا الوصفة المودجة.

Date: ___/___/___	Addition ☐	إضافة
Employee Name: _____	Masour Saad M. Abu Wandah	اسم الموظف: _____
Entity Name: _____	Awad Al Akaria Company	اسم المنشأة: _____
Gender: _____	Male	الجنس: _____
Policy No./ CR No.: _____	1010295861	رقم البعثة / السجل الخاص: _____

New	☐	جديد
ID No.:	1092145099	رقم الهوية:
Mobile No.:	0553666390	رقم الحوال:
Nationality:	Saudi	الجنسية:
Marital Status:	Married	الحالة الاجتماعية:

رقم الحالة	يرجى الإفصاح عن وجودك 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 السقوط 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: البهق: تضخم البروستات: الحمض: أورام أو تضخم المعدة المريضة والجار: الدرقية: أورام الكبد: أورام القولون): أمراض القلب التالية: (أمراض شرايين القلب: فشل عضلة القلب: الرجفان القلبي: خنق القلب): الأمراض الكبدية الفيروسية المزمنة: (سبي): ضوابط المرارة: العسل الكلى السديد (المرحلة المتقدمة من أمراض الكلى المزمنة: الكلى أقل من 15 مل/دقيقة):، حصوات المسالك البولية، النقي: أمراض المناعة الذاتية (الداء الحمراء: التهاب المفاصل الروماتيزمية: الصدفية: مرض كرون، التهاب القولون القرحي: النصل اللويحي، حساسية الفمخ)	☐	☒	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 knots, 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)	2.
3.	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية، أو المتوارثة الخلقية التالية فقط: التصلب الدماغي، اضطراب الخلايا الجذعية، التلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض المناعة الذاتية، استسقاء الرأس، ضمور العضلات، السكروز، متلازمات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشير، الكسور النولية G6PD، البلف الكسبي للزينة، مرض تكس الكبد (هيموكروماتوسيس) مرض ويلسون، تكس الكلى الجانبي الوراثي.	☐	☒	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 سحجضك بأي من أمراض العين التالية فقط: شاه بضاء، شاه زرقاء، أمراض الشبكية	☐	☒	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, Retinal diseases	4.
5.	هل تم سحجضك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الارتلاخ، التمزق الوترى (الموسط أو المتفرد)، الجراح العمود الفقري (الموسط أو المتفرد)، أرتلاك المفاصل الموسط أو المتفرد أو بخرق الأربطة	☐	☒	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.	للإناث: الحمل فقط: حمل حالي حسن واحد. حمل حالي مع قصيره سابقه. حمل حالي متعدد الاحيه. 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)

[illegible]

Undertaking	الإقرار والموافق:
- 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 under 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 وبناء عليه فأب فبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأن بوبا العربية لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أنعمل معها ليرجدها بأي معلومات طبية قد يحتاج إليها لتقييم المخاطر. - أوافق على أحقية بوبا العربية في رفض المطالبة أو التعطية كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي سنأب قبل تاريخ التعاقد أو قبل تسجيل أو إضافتي مؤملي له خلال فترة سريان العقد. - أقر بأنني قد قرأت وفهمت جميع أجزاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم إسنائتي أمامي أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة تعني وجود ما يستحق الإفصاح عنه وعليه أوقع. - أقر أن عدم تعبئة بيانات الطول والوزن سيؤدي إلى رفض تعطيني تكاليف عملية جراحية السمنة المفرطة.

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

- | | |
|---|---|
| <p>* يكون الحد الأدنى للفترة ١٢ شهراً حتى يسقطه طلب المصوح لإعطاء إقرار بمضي عليه (11) أشهر.</p> <p>* لا يمكن أن تستلزم طلب المصوح إعطاء إقرار بالتدعيم أو إعطاءه على وصفته التأمين الصحي لشركة التأمين أو أن تكون على قيد ملاحظة التأمين الصحي.</p> <p>* في حالة الحاجة لإعطاء إقرار أكثر من مرة ضمن موعود حدته.</p> <p>* عدم تظاير مدة صحت العمل بالتأمين بدلاً من المصوح بل تخيل تحلته المسؤولية القانونية.</p> <p>* على ليبيا الغربية تأمين حالات عدم الانتفاع بالحقوق المتعلقة بالسود المذكورة بموجب.</p> <p>* * تحديد الفصائل العنصرية التي تستحقه نتائج أبحاث الكلى. وإقراره الجودة (KDOQI)</p> <p>حرف كآب ثلاثة أرقام من 10 وديت أو سكيلونيمز أكثر من 5 درجات</p> | <p>* يكون الحد الأدنى للفترة ١٢ شهراً حتى يسقطه طلب المصوح لإعطاء إقرار بمضي عليه (11) أشهر.</p> <p>* لا يمكن أن تستلزم طلب المصوح إعطاء إقرار بالتدعيم أو إعطاءه على وصفته التأمين الصحي لشركة التأمين أو أن تكون على قيد ملاحظة التأمين الصحي.</p> <p>* في حالة الحاجة لإعطاء إقرار أكثر من مرة ضمن موعود حدته.</p> <p>* عدم تظاير مدة صحت العمل بالتأمين بدلاً من المصوح بل تخيل تحلته المسؤولية القانونية.</p> <p>* على ليبيا الغربية تأمين حالات عدم الانتفاع بالحقوق المتعلقة بالسود المذكورة بموجب.</p> <p>* * تحديد الفصائل العنصرية التي تستحقه نتائج أبحاث الكلى. وإقراره الجودة (KDOQI)</p> <p>حرف كآب ثلاثة أرقام من 10 وديت أو سكيلونيمز أكثر من 5 درجات</p> |
|---|---|