

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.

عربي المومي

Date: ____/____/____ **Addition** ☐ **إضافة**
Employee Name: Lokman Miah **اسم الموظف:** _____
Entity Name: Awlad Al Akaria Company **اسم المضيف:** _____
Gender: Male **الجنس:** _____
Policy No./ CR No.: 1010295661 **اسم البوليصة:** _____

New		جديد
ID No.:	2571338702	رقم الهوية:
Mobile No.:	0505677235	رقم الجوال:
Nationality:	Bangladeshi	الجنسية:
Marital Status:	Single	الحالة الاجتماعية:

رقم الحالة	يرجى الإفصاح عن وجود أي من الحالات أدناه لديك أو لدى أحد أفراد العائلة بوضع إشارة ✓ في المربع تحت كلمة (نعم)	No / لا	Yes / نعم
١.	هل تم اليوم بالمستشفى خلال آخر 12 شهر؟	☐	☐
2.	هل لم يستحصلت بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: الوحد، الأورام السرطانية، الأورام الحميدة التالية (أورام الثدي، أورام الرحم البطني، صمم البروستاتا الحميدية)، أورام أو صمم العدة الدرقية و الحار الدرقية، أورام الكبد، أورام القولون). <u>أمراض القلب التالية:</u> (أمراض سراسي القلب، فشل عضلة القلب ، أمراض الغلبي حلمات القلب)، الانتهاب الكلوي المزمن (بني)؛ قصوات المرارة، الفشل الكلوي الشديد (المزمنة الحاصصة من أمراض الكلى - التبرع الكلوي أقل من 15 مل/دقيقة-)، قصوات المسالك البولية، الفئ أمراض المناعة الذاتية (الدنية الحمراء، التهاب المفصل الروماتيزمية الضدفة، مرض كرون، التهاب القولون المعرجي، انصبث اللوحجي، حبساسة النجم).	☒	☐
3.	هل لم يستحصلت بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: الارباض او السنوهات الجلدية التالية فقط: االبسل الذفاعي، اضطراب الخلايا البيضاء، الملانوما، الهيموفيليا، امراض الميل انتقادي، استنشاق الرأس، مضمرة الفصل السوكي، سنوبات الأعضاء التناسلية، امراض الكروموسومات، مرض عوشير-التكرس القولي G6PD، الملف الكبسي للرنه، مرض تكسر الحديد (هيموكروتونيوسيس)، مرض ويلسون، تكتسب الكليتي الجنيني الوراثي.	☒	☐
4.	هل تم سحخصاك باي من امراض العين التالية فقط : ياه بصاء، ضاه رفاء، امراض الشبكـه	☒	☐
5.	هل لم تستحصلت بأى من امراض العظام التالية فقط: الأرباع المتضوفي (الموضوء أو المتقدم)، أجراج الفتود المعري (الموضوء أو المعدوم)، احتكال المقاصل الموسوظ أو المعدوم أو يقرق الأرطة	☒	☐
6.	الإناث الحوامل فقط:		
	Current single pregnancy,	□	
	Current single pregnancy with previous CS delivery,	□	
	Current multiple pregnancy,	□	
	Expected delivery date:	DD/MM/YYYY	
	بارنة الولادة المتوقع:		

[illegible]

الإقرار والمفوض:	Undertaking
- أقر أنا البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وبما عليه فاب قبول الطلب سيم على أساس هذه البيانات وأبذوا العربية لنحو في الأشخاص المستفيدين التي التعامل معها ليرودها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم الخطأ. - أوافق على أخضع بوما التعرض في رفض المطالبة أو العطفة كليا عند عدم الإفصاح عي وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي يسبب قبل تاريخ التقاعد أو قبل تسجيل أو إضافة مؤمني له خلال فترة سريان البعد. - أقر على قد قرأت وفهم جميع ما جاء في هذا النموذج كما أعهد بأن عدم إشارتي أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه بصير بمثابة بدي وجود ماسيحجح الإفصاح به وتعليه أوقع. - أقر أن عدم بصرته بيانات الطول والوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف علمته جراحة السمنة المفرطة.	- 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.

Entity Stamp: 	حجم جهة العمل:	Employee Signature: 	توقيع الموظف:	Date: 11 / 05 / 2025 DD / MM / YYYY	التاريخ:
---	----------------	---	---------------	---	----------

- [illegible]