

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 الجؤمى لى
بامل قىامك بعمنه هدا اليموؤء بالشكل الصءىء لعرض التسعير ولصماص ءصولك على
ءءماص ال اءاة الصءىء بالشكل المظلووب ءسب ماصف الوئىفة الموءءة.

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

Employee Name: _____ Abdulah Ibrahim A. Alawsari **اسم الموظف:** _____

Entity Name: _____ Awlad Al Akaria Company **اسم المنشأة:** _____

Gender: _____ Male **الجنس:** _____

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

New		جديد
ID No.:	1126020484	رقم الهوية:
Mobile No.:	0500222906	رقم الجوال:
Nationality:	Saudi	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	بحسن الإفصاح عن وجود أي من الحالات أدناه لنفسك أو لمت أحد أفراد العائلة بوضع إشارة ✓ في المربع تحت كلمة (نعم):
1.	Any hospital admission during the last 12 months.	☐	☐	هل تم السوم بالمستشفى خلال آخر 12 شهراً؟
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 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: الوحم، الأورام السرطانية، الأورام الحميدة التالية (أورام الثدي، أورام الرحم البني، بنجرم الوحم، الأورام الحميدة، أورام أو تضخم الغدة الدرقية و الغار الدرقية، أورام الكبد، أورام القولون)، أمراض القلب التالية (أمراض شرايين القلب، فشل عضلة القلب - أورام جدران الشف، خللقات القلب)، التهابات الكبد الفيروسية المزمنة (سبي)، حصوات المرارة، العسل الكلوي الشديد (المزحلة الخامسة) من أمراض الكلى، المرض الكلوي أقل من 15 مل/دقيقة*)، حصوات المسالك البولية، الفقم، أمراض المناعة الذاتية (الدئة الحمراء، النوب المعاص الروماتي، الصدفية، مرض كرون، الهاب القولون المفرحي، انصب اللوحى، حساسه الفقم)
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 المتوهبات الخلفية التالية فقط: التصلب الدماغى، اضطراب الخلايا المحيطة، الثلاسيميا، أنيموفيليا، أمراض العنبر القاعى، استسقاء الرأس، ضمور العضلات المشوك، سوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروهوسومات، مرض عوشر، الكيسر القولى G6PD، البلف الكيسى للرنه، مرض تكفى الحديد (هموكروموسينسى)، مرض ويلسون، تكفى الكيسى العلوى الورائى.
4.	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, Retinal diseases	☐	☐	هل تم تشخيصك بأى من أمراض العين التالية فقط : مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض الشبكىة
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 بأى من أمراض العظام التالية فقط: الإرتلاق الفقروفقى (العقوص أو العقصى)، إرتاق العمود الفقرى (الموسط أو المتقدم)، أجتناك المفصائل الوسطى أو المتقدم أو تمرر الرافضة
6.	Pregnant Females only:			للإمرأة الحامل فقط:
	Current single pregnancy.	☐	☐	حمل حالى حبى واحد.
	Current single pregnancy with previous CS delivery.	☐	☐	حمل حالى مع قيصرية سابقة.
	Current multiple pregnancy.	☐	☐	حمل حالى متعدد الأحه.
	Expected delivery date:	DD/MM/YYYY		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)

بمات الموصوف وأفراد العائلة الممراد أصابهم
(إلى جاء الاقصاص في حال وجود أي حالة طبية لديه أو لدى أحد أفراد العائلة)

[illegible]

Undertaking	الإقرار والمفوض:
- 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 وبناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأبونا العربية لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أنعام معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر. - أوافق على أحقية أبونا العربية في رفض المطالبة أو التغطية كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي سببها قبل تاريخ التعاقد أو قبل تسجيل أو إضافة مؤملي له خلال فترة سرية العقد. - أقر بأنني قد قرأت وفهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أفهم بأن عدم إبراسي أي إمام من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة تعني وجود ما تستحق الإفصاح عنه وعليه أوافق. - أقر أن عدم تعبئة بيانات الطول والوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحه السمنة المفرطة.

Entity Stamp:	تم حجه العمل	Employee Signature:	توقيع الموظف:	Date:	التاريخ:
		عبد الله		DD / MM/ YYYY	

- | | |
|---|--|
| <p>Upon removal of the source, the insured shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.</p> <p>Ruq'atun shall not withdraw to request a medical declaration form for persons when they are added to the existing health insurance policy in the same insurance company. Insurance benefits in a new form shall be issued.</p> <p>If you need to add more dependents, a new form shall be filled.</p> <p>The irregularity of the signature of the employee/individual of the employee to avoid taking legal responsibility.</p> <p>Ruq'atun has the right to reject the full coverage of declaration cases related to the mentioned terms in this medical declaration.</p> <p>As per the Kidney Foundation Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (KDOQI) Clinical Practice Guideline classification.</p> <p>** KDOQI Stages are more than 10, degree of Stages more than 3, degree.</p> | <p>بعد تحديد الوصفة فإنه لا يحق للمرضى طلب نموذج إخطار حال موافقته على عمله (11) أشهر.</p> <p>لا يحق لرواقطة الانسحاب لطلب نموذج إعلان طبي للمرضى عندما يتم إضافتهم إلى التأمين الصحي الحالي في نفس شركة التأمين ما لم يكن لديهم حق في نموذج جديد.</p> <p>إذا كنت بحاجة إلى إضافة المزيد من المعتمدين، فيجب ملء نموذج جديد.</p> <p>عدم صحة توقيع الموظف/الفرد للموظف لتجنب المسؤولية القانونية.</p> <p>لرواقطة الحق في رفض التغطية الكاملة لإعلانات الحالات المتعلقة بالبنود المذكورة في هذا الإعلان الطبي.</p> <p>وفقاً لتصنيف الكلى على مقياسه بنسبة أمراض الكلى ومبادئ الجودة (KDOQI).</p> <p>حذف كوبي المرضى أكثر من 10 درجات أو كسبوتنيز أكثر من 3 درجات.</p> |
|---|--|