

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.

٩٤ شريفي العوفي
أحاول فيما كنوعه هذا المموج بالشكل الصحيح لعرض السعير ولصماب حصولك على
حدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب مافع الوثيقة الموحدة.

Date:	___/___/___	Addition	☐	إضافة
Employee Name:	Bader Alqutayni Q. Alotaibi	اسم الموظف:		
Entity Name:	Ajwad Al Akana Company	اسم المنشأة:		
Gender:	Male	الجنس:		
Policy No./ CR No.:	1010295661	السياسة التجارية:		

New		جديد
ID No.:	1101717385	رقم الهوية:
Mobile No.:	0553301203	رقم الجوال:
Nationality:	Saudi	الجنسية:
Marital Status:	Single	الحالة الاجتماعية:

رقم الخانة	يرجى الإجابة على إحدى أو أكثر من الخانات أدناه فقط أو لدى أحد أفراد العائلة بوضوح (إنشأه) في المربع بجانب الكلمة (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 المبيد، ضخام البروستات الحميدة، أورام ضخمة الثدي الخفية، أورام الكبد، أورام القولون)، أمراض القلب التالية (أمراض شرايين القلب، فشل صلبة القلب، الرجفان القلبي، جلطات القلب)، الاضطرابات الكبدية المزمنة (سبب)، حصوات المرارة، العنق الكاذب المتعدد (المرحلة الخامسة من أمراض الكلى، المرض الكاذب أقل من 15 مل/دقيقة)، حصوات المسالك البولية، الفشل، أمراض الغضابة التالية (الذئبة الحمراء)، التهاب المفاصل الروماتيزمية، الصدفية، مرض كرون، التهاب القولون التقرحي، تصلب الشرايين، حساسية الفم)	☐	☐	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 المتلازمات التالية فقط: السيل الدماعي، اضطراب الخلايا العينية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات العضوية، متلازمة الأوعية الدموية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشير، الكسور الناتجة عن G6PD، البيلة الكيسية للزرة، مرض تكس الحديد (هيموكروماتوزيس)، مرض ويلسون، تكس الكلى الخلقية الوراثية.	☐	☐	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorders or hereditary diseases limited to: Cerebral palsy, Sickle cell disorder, 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: مياه بصرية، مياه زرقاء، أمراض الشبكية	☐	☐	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: الارتقاقات العظمية، (المتوسط أو المتقدم)، انحراف العمود الفقري (المتوسط أو المتقدم)، احتكاك المفاصل (المتوسط أو المتقدم أو تمرر الرضعة)	☐	☐	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 الحوامل فقط: حمل حالي جنس واحد. حمل حالي مع قيصرية 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.

[illegible]

Undertaking	الإقرار والتعهد
- 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 وبأن عليّ فإب قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأن بوا العربية لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها ليرويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر. - أوافق على أحقية بوا العربية في رفض المطالبة أو التغطية كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل تسجيل أو إضافة مؤمنٍ له خلال فترة سرّيات العقد. - أقر بأنّ قد قرأت وفهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم إشارتي أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه بعمر معاناة يعني وجود واستحقاق الإفصاح عنه وتعليقه أوقع. - أقر أن عدم تعبئة بيانات الطول والوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحية السمنة المفرطة.

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

- * Upon withdrawal of the policy, the insurer shall not impose a declaration term for any insured who has been insured for 11 months.
- ** As per the Kidney Foundation on Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (KDOQI) Clinical Practice Guideline classification.

- بعد تحديد الوثيقة فإنه لا بد من اللجوء إلى مكتب المراجعة لإعداد بيان مالي مبني على منهجية علمية (11)، أشهرها:
 - مكتب أودا العربية: طلب نموذج الحساب طبقاً لنموذج المراجعة الذي قد وافقهم على وضعه التأمينى الصادر من شركة التأمين أو ما لم يكن ذلك على طريقة إعدادها، فيجب أكثر من مرة تصفية الحسابات.
 - مكتب التأمينات العامة: طلب نموذج الحساب طبقاً لنموذج المراجعة الذي قد وافقهم على وضعه التأمينى الصادر من شركة التأمين أو ما لم يكن ذلك على طريقة إعدادها، فيجب أكثر من مرة تصفية الحسابات.
 - مكتب نظامية: قام صاحب العمل بالتوقيع على بيان المأمورين له تحسباً لتحميله المسؤولية القانونية.
 - بعد إكمال الفقرة، يجب حاليات عدم الإفصاح عن الصيغة الخاصة بالصفحة الأولى من نموذج المراجعة.
 - * يجب توافيق الحسابات على مضمونه بيان أقره المجلس ومصادرة الحدود (KDOQI).
- حسب جدول المراجعة (أقر من 10) وهذا هو المطلوب أكثر من 5 في الحسابات.