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.

عزيزي المؤمن له
يأمل تعاونك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير وللضمان حصولك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة.

Date: __/__/__ Addition ☐ إضافة New ☐ جديد

Employee Name:	Zuhib Zikriya Mukadam	اسم الموظف:	
Entity Name:	Awlad Al Akaria Company	اسم المنشأة:	
Gender:	Male	الجنس:	
Policy No./ CR No.:	1010295661	رقم الوثيقة/ السجل التجاري:	
ID No.:	2597075791	رقم الهوية:	
Mobile No.:	0533766319	رقم الجوال:	
Nationality:	India	الجنسية:	
Marital Status:	Married	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	✓ يرجى الإفصاح عن وجود أي من الحالات أدناه لديك أو لدى أحد أفراد العائلة بوضع إشارة في المربع تحت كلمة (نعم):	رقم الحالة
1.	Any hospital admission during the last 12 months.	☐	☐	هل تم التوبيم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر؟	1.
2.	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, benign tumor (Breast tumors, fibroid uterus, benign prostatic hyperplastia, 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, 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)	☐	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام السرطانية، الأورام الحميدة التالية (اورام الثدي، أورام الرحم الليفي، تضخم البروستاتا الحميد، اورام أو تضخم الغدة الدرقية و الجار الدرقية، اورام الكبد، أورام القولون)، أمراض القلب التالية (أمراض شرايين القلب، فشل عضلة القلب، الرجفان القلبي، جلطات القلب)، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن (سي)، حصوات المرارة، الفشل الكلوي الشديد (المرحلة الخامسة من أمراض الكلى، المرشح الكلوي أقل من 15 مل/دقيقة*)، حصوات المسالك البولية، الفتق، أمراض المناعة الذاتية (الذئبة الحمراء، التهاب المفاصل الروماتيزمية، الصدفية، مرض كروهن، التهاب القولون التقرحي، التصلب اللويحي، حساسية الحمى)	2.
3.	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorders or hereditary diseases **limited to:** Cerebal 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 المشوهات الخلقية التالية فقط: الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، النقص الوراثي G6PD ، التليف الكيسي للرئة، مرض تكدس الحديد (هيموكروماتوسيس)، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.	3.
4.	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, Retinal diseases	☐	☐	هل تم تشخيصك بأي من امراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، امراض الشبكية	4.
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, ostreoarthritis (Moderate or severe).	☐	☐	هل تم تشخيصك بأي من امراض العظام التالية فقط: الانزلاق الغضروفي (المتوسط أو المتقدم)، انحراف العمود الفقري (المتوسط او المتقدم)، أحتكاك المفاصل المتوسط أو المتقدم أو تمزق الأربطة	5.
6.	**Pregnant Females only:**			للأنثى الحامل فقط:	6.
	Current single pregnancy.	☐		حمل حالي خمس واحد.	
	Current single pregnancy with previous CS delivery	☐		حمل حالي مع قيصرية سابقة.	
	Current multiple pregnancy.	☐		حمل حالي متعدد الأجنة.	
	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)

بيانات الموظف وأفراد العائلة المراد اضافتهم
(الرجاء الافصاح في حال وجود اي حالة طبية لديك أو لدى احد افراد العائلة)

اسم المستشفى Hospital Name	الحالة Condition	رقم الجوال Mobile No.	الطول Ht. (cm)	الوزن Wt. (kg)	رقم الهوية ID#	صلة القرابة Relationship	الجنس Gender	اسم الموظف/ أفراد العائلة Employee/ Dependent Name

Undertaking

- 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.

الاقرار والتفويض:

- أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة اعلاه كاملة وصحيحة وبناء عليه فان قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وان بوبا العربية لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي اتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر.
- أوافق على احقية بوبا العربية في رفض التغطية او التعويضات كلياً عند عدم الافصاح عن وجود اي من الحالات المذكورة أعلاه التي تنشأ قبل تاريخ التعاقد أو قبل تسجيل أو اضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد.
- اقر بأني قد قرأت وفهمت جميع ماجاء في هذا النموذج كما اتعهد بأن عدم إشارتي أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يفسر بمثابة نفي وجود ماتستحق الإفصاح عنه وعليه أوقع.
- أقر أن عدم تعبئة بيانات الطول والوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة.

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

- Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
- Bupa Arabia is not entitled to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy in the same insurance company unless the mother is covered on different insurance company.
- If you need to add more than four members, a new form should be filled.
- The invalidity of the signature of the employee instead of the employee to avoid taking legal responsibility.
- Bupa Arabia has the right to reject the full coverage of declaration cases related to the mentioned items in this medical declaration.

*As per the Kidney Disease Kidney Disease Outcomes Quality Imitative (KDOQI) Clinical Practice Guideline classification.

** Scoliosis Cobb angle more than 10 degrees or Scoliometer more than 5 degrees.

- عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج افصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) أشهر.
- لا يحق لبوبا العربية طلب نموذج إفصاح طبي للمواليد الجدد عند إضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية لنفس شركة التأمين ما لم يكن الأم تغطى وثيقة تأمين أخرى.
- في حال الحاجة لاضافة تأمين أكثر تم تعبئة نموذج جديد.
- عدم بطلانه قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلاً عن المؤمن له بغية تحمله المسؤولية القانونية.
- يحق لبوبا العربية رفض جانب عدم الافصاح المتعلقة بالبنود المذكورة بالنموذج.

* وفقا لتصنيف الصادر عن مؤسسة نتائج أمراض الكلى ومبادرة الجودة (KDOQI)

** حنف كوب زاوية أكثر من 10 درجات أو سكوليومتر أكثر من 5 درجات.

3538 Al Khalidiyah Nour Al Ehsan, Unit 1
Jeddah 7505-23423 Kingdom of Saudi Arabia
Contact us at 920 000 456