

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 اليومى ٩١.

Date: __/__/__ Addition ☐ إضافة

Employee Name: Maridul Khan 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.:	2584602221	رقم الهوية:
Mobile No.:	05354752470	رقم الجوال:
Nationality:	Bangladesh	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).
1.	Any hospital admission during the last 12 months.	☐	☐	هل تم التسييم بالمستشفى خلال آخر 12 شهر؟
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: التوحد، الأورام السرطانية، الأورام الحميدة التالية (أورام الثدي، أورام الرحم اللينيف، تضخم البروستاتا الحميد، أورام الغدة الدرقية والغار الدرقية، أورام الكبد، أورام القولون)، أمراض القلب التالية (أمراض سراسل القلب، فشل عملة القلب، الرجفان القلبي، خلطات القلب)، الأمراض القلبية الشديدة المزمنة (تضييق، قصبات الرئتين، الفشل الكلوي الشديد) (المرحلة الخامسة من أمراض الكلى، النزوح الكلوي أقل من 15 مل/دقيقة*)، حصوات المسالك البولية، التهاب، أمراض المناعة الذاتية (الدنية الحمراء، التهاب المفاصل الروماتيزمية، تصلب، مرض كرون، التهاب القولون العرجي، اضطراب التوتحي، حساسية العمق)
3.	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorders or hereditary diseases limited to: Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia Hemophilia melaboic diseases, hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformation, chromosomal abnormalities, Gaucher's disease, G6PD deficiency, Cystic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, polycystic kidney disease.	☒	☐	هل تم تسجيلك بأي من الأمراض الوراثية أو المتوارثة التالية فقط: السيل الدماغية، اضطراب الخلايا المجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض النميل العدائية، استسقاء الرأس، ضمور العضلات السوكية، متلازمة دافيس، أمراض الكروموسومات، مرض عويسر، التكسير الوني، G6PD، النليف الكيسي للرئة، مرض تكدي الحديد (هيموكرومايتوسيس)، مرض ويلسون، تكبير الكليتين الخلقية الوراثية.
4.	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, Retinal diseases	☒	☐	هل تم تسجيلك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض العين التالية فقط:
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 تسجيلك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الارتلال، انقباض العظم، المتلازمة (المترسعة أو المترسعة)، انحراف العمود الفقري (المترسعة أو المترسعة)، احتكاك المفصل، المترسعة أو المترسعة، مرض ترسيع العظم.
6.	Pregnant Females only: Current single pregnancy. Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy.	☐	☐	النساء الحوامل فقط: حمل حالي حسب واحد. حمل حالي مع قصرية سابقة. حمل حالي متعدد الأحبة.
	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)

ساعات الموظف وأفراد العائلة الممراد أصافهم
(إل جاء الإفصاح في حال وجود أى حالة طسه ليدل أو ليدى احد افراد العائلة)

[illegible]

الإقرار والتعهد:	Undertaking
- أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وبناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأن بupa العربية لها الحق في الاتصال بالمستشفيات إلى تعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر. - أوافق على أحقية بupa العربية في رفض المطالبة أو العطفة كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي يشك في تاريخ التعاقد أو قبل يستقبل أو إضافة مفوض له خلال فترة سريان العقد. - أقر بأنني قد قرأت وفهم جميع مخاطر في هذا النموذج كما أيعفئ عن عدم إبشاري أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه بصير بمثابة تعني وجود ماستسحق الإفصاح عنه وعليه أوقع. - أقر أن عدم تغطية بيانات الطول والوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحية التسمية 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:	تم جهة العمل:	Employee Signature:	توقيع الموظف:	Date:	التاريخ:
		nozida kham		11 / 05 / 2025 DD / MM / YYYY	

- | | |
|--|--|
| <p>1. Insured coverage of the policy. The insured shall not receive a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.</p> <p>2. Banks should not continue to transmit a medical declaration form for re-coverage when they are added to the existing health insurance policy in the same insurance company (with the same employer) in different insurance company.</p> <p>3. If you need to add more than one policy, you must fill out the form as follows:</p> <p>4. The irregularity of the signature of the employer (insured) of the employee to avoid taking legal responsibility.</p> <p>5. Banks have the right to reject the full coverage of declaration cases related to the mentioned cases in this medical declaration.</p> <p>As per the Kidney Foundation Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (KDQOL Clinical Practice Guideline classification).</p> <p>** Stoolachia Scale angle more than 10 degrees = Stoolometer more than 5 degrees.</p> | <p>عند تجديد الوصفة فإنه لا يحق للمرضى طلب نموذج اقرار حال مؤمن له مصلح عليه (11) أشهر.</p> <p>لا يحق لاداء العربية طلب نموذج اقرار حال مؤمن له مصلح عليه (11) أشهر.</p> <p>أما على وجه عامي.</p> <p>في حال الحاجة لأضافة تأمين أكثر من تأمين جديد.</p> <p>عند إضافة تأمين جديد يجب إرسال نموذج إقرار حال مؤمن له مصلح عليه (11) أشهر.</p> <p>يجب لاداء العربية طلب اقرار حال عند الاضافة لاداء التغطية للسداد المكونه للمجموع</p> <p>في حاله اضافة تأمين أكثر من مؤسسه علاج أمراض الكلى ومصادر الودود (KDQOL)</p> <p>حذف كتيب بايابه أكثر من 10 درجات = استوومتر أكثر من 5 درجات.</p> |
|--|--|