



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 عليه:
أمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بشكل صحيح لغرض التسعير ولضمان حصولك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب مزايا الوثيقة الموحدة.

Date: ___/___/___ Addition ☐ إضافة ☐
Employee Name: أحمد الموطف: Ahmad Saad N. Alotkhi
Entity Name: Awtad Al Akaria Company اسم المنشأة:
Gender: Male الجنس: Male
Policy No./ CR No.: 1010295861 رقم الوثيقة/ السجل التجاري:

New ☐ جديد ☐
ID No.: 112325720 رقم الهوية:
Mobile No.: 053852321 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	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 التوسم بالمستشفى خلال آخر 12 شهراً؟
2.	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases limited to: Aulism, 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 infarction), 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: أورام الثدي، أورام الرحم البني، تضخم البروستاتا الحميد، أورام أو تضخم الغدة الدرقية و الغدة الدرقية، أورام الكبد، أورام القولون، أورام القلب التالية: (أمراض سرياس القلب، فشل عضلة القلب، الرجفان البطني، خراجات القلب)، الأنتوب الكبدية (الأمراض المزمنة) (سحب)، حصوات المرارة، الفشل الكلوي الشديد (المرحلة الخامسة في أمراض الكلى، المرض الكلوي، أول في 15 مل/دقيقة*)، حصوات المسالك البولية، القولون، أمراض الأمعاء الالتهابية (التهاب القولون، التهابات الأمعاء الالتهابية، التهاب القولون، مرض كرون، التهاب القولون المرضي، الصلابة اللويحية، حساسية الفمج الصدفية، مرض كرون، التهاب القولون المرضي، الصلابة اللويحية، حساسية الفمج)
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 المتوارثة الخلقية التالية فقط: الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض المناعة الذاتية، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، سيوفها، الأمراض المناعية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشير، البكسر العروني G6PD، التليف الكيسي للربو، مرض تكديس الحديد (هيموكروماتوسيس)، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقية الوراثية.
4.	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, Retinal diseases	☐	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بياض، مياه زرقاء، أمراض الشبكية
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 بأي من أمراض العظام التالية فقط: الانزلاق الغضروفي، (المتوسط أو المصغر)، انحناء، انحناء العمود الفقري (المتوسط أو المصغر)، إحتكاك المفاصل، المتوسيط أو المصغر أو يرقق الأربطة
6.	Pregnant Females only: Current single pregnancy. Current single pregnancy with previous CS delivery. Current multiple pregnancy. Expected delivery date:	☐	☐	للإناث الحوامل فقط: حمل حالي حسي واحد. حمل حالي مع قيصرية سابقة. حمل حالي متعدد الأحماس. تاريخ الولادة المتوقع: DD/MM/YYYY

Employee and dependents' details that need to be added (Please declare whether there is a medical condition for you or any family member)					سابات الموظف وأفراد العائلة المراد إضافتهم (الرجاء الإفصاح في حال وجود أي حالة طبية لديك أو لدى أحد أفراد 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	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 بأن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وبإذ أعني فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأن بوبا العربية لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لربودها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر. - أوافق على أخيرة بوبا العربية في رفض المطالبة أو البعطة كليا عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي ينشأ قبل تاريخ التعاقد أو قبل تسجيل أو إضافة مؤملي له خلال فترة سريان العقد. - أقر بأنني قد قرأت وفهمت جميع محتاج في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم إشارتي أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه وعليه أوقع - أقر بأن عدم تعبئة بيانات الطول والوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحية السمنة المفرطة.

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

- * Upon renewal of the policy, the member shall not request a new declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
- * Bupa Arabia is not entitled to request a medical declaration form for members when they are added to the existing health insurance policy in the same insurance company unless the member is covered on different insurance company.
- * If you need to add more dependents, a new form should be filled.
- * The irregularity 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 the medical declaration.
- * As per the Kidney Foundation Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (KDOQI) Clinical Practice Guideline classification.
- ** Scoliosis Cobb angle more than 10 degrees = Scoliometer more than 5 degrees.
- * عند تجديد الوثيقة فإنه لا يجب للمركبة طلب نموذج إفصاح لأي مؤملي له مضي عليه (11) أشهر.
- * لا يجب لبوبا العربية طلب نموذج إفصاح طبي للمؤمنين الجدد عند إضافتهم على وثيقة التأمين السارية لنفس شركة التأمين ما لم يكن الأم على وثيقة تأمين أخرى.
- * في حال الحاجة لإضافة زعمي أكثر يتم صفة نموذج جديد.
- * عدم تعبئة بيانات صاحب العمل بالتوقيع بدلاً عن المؤملي له يحسب لمصلحة المسؤولية القانونية.
- * يجب لبوبا العربية رفض حالات عدم الإفصاح لفئة المصطفة بالسوء المذكورة بالنموذج.
- * وفقاً لمصنف أوتاد عن مؤسسية نتائج أمراض الكلى ومبادرة الجودة (KDOQI).
- ** حسب كروب برونية أكثر من 10 درجات أو سكوليومتري أكثر من 5 درجات.