

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.

تبريري القومي به.

أأمل فامك بمعنة هذا النموذج بالنسبة الصحيح تعرض السعر وأصناف حصول على خدمات الرعاية الصحية بالنسبة المطلوب حسب مافج الوبيعة الموحدة.

Date: ___/___/___ **Addition** ☐ **إضافة**

Employee Name: _____ Akramin Hosain اسم الموظف:

Entity Name: _____ Awlad Al Akras Company اسم الميئنة:

Gender: _____ Male الجنس:

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

New		جديد
ID No.:	2592749754	رقم الهوية:
Mobile No.:	0503923264	رقم الحوال:
Nationality:	Bangladeshi	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):	رقم الحالة
1.	Any hospital admission during the last 12 months.	☐	☐	هل تم اليوم بالمستشفى خلال آخر 12 شهراً؟	1.
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 infarction), 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: الوحد، الأورام السرطانية، الأورام الحميدة التالية (أورام الثدي، أورام الرحم النخاعي، بصرام، المورسبات الحميدة، أورام أو بصرام المعدة الدرقية والغار الدرقية، أورام الكبد، أورام القولون)، أمراض القلب التالية (أمراض شرايين القلب، فشل عضلة القلب، الرجفان القلبي، خلطات القلب)، التهابات الكبد المزمنة (بسي)، حصوات الكلى، الفشل الكلوي المزمن، (المرحلة الخامسة من أمراض الكلى، التوسع الكلوي أقل من 15 مل/دقيقة*)، جلطات الصلابة الدموية، أنفي، أورام المثانة، التهابات (الذئبة، البصر،)، أورام المفاصل الروماتيزمية، الصدفية، مرض كرون، التهاب القولون البصر، تصلب الشرايين، حساسية الفم)	2.
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 استيعوبها الخلقية التالية فقط: الشلل الدماغي، اضطراب التخثر، الهيموفيليا، التلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض المناعة الذاتية، استسقاء الرأس، صغر العضلات، السكوي، سيوفها الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، التكسير القوي G6PD، البيلة الكسائية، مرض تكس الحديد (هيموكروماتوسيس)، مرض ويلسون، تكس الكلى الخلقية الوراثية.	3.
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 بضاء، مياه زرقاء، أمراض 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, osteoarthritis (Moderate or severe).	☐	☐	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الانزلاق الغضروفي (المعتدل أو الشديد)، انحراف العمود الفقري (المعتدل أو الشديد)، احتمال انتماض العنق المعتدل أو الشديد أو تمزق الأربطة	5.
6.	Pregnant Females only:			للإناث الحوامل فقط:	6.
	Current single pregnancy	☐		حمل حالي حين واحد.	
	Current single pregnancy with previous CS delivery	☐		حمل حالي مع فقرة 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)

مبانى الموظف وأفراد العائلة المبراد اصافهم
(الراء الاخصاص فى مال وجود اى ماله طبعه لذيك او لذى احد افراد العائله)

[illegible]

الإقرار والتعهد:	Undertaking
- أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وبناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأن بوا العربية لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أنشأت معها لبروتوكولها بأي معلومات طبية قد يحتاج إليها لتقييم المخاطر. - أوافق على أحضرها العربية في رفض المطالبة أو العطفة كلياً عند عدم الإفصاح عى وجود أى من الحالات المذكورة أعلاه إلى سبب فشل تاريخ التعاقد أو قبل تسجيل أو إضافة مريض له خلال فترة سريان العقد. - أقر بأنى قد قرأت وفهمت جميع ما جاء فى هذا النموذج كما أعهد بأن عدم إبشارنى أمام أى من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة بقاء وجود ما يستحق الإفصاح عنه وعدمه أوقع. - أقر أن عدم تعبئة بيانات الطول والوزن سيؤدى إلى رفض عطية تكاليف عملية جراحية السمنة 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 under 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:	حجم جهة العمل:	Employee Signature:	توقيع الموظف:	Date:	التاريخ:
		AKRAMIN		DD / MM/ YYYY	

- | | |
|--|---|
| <p>Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months</p> <p>Bupa Arab is not entitled to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy with same insurance company. If a newborn is covered on a different insurance company</p> <p>If you need to add more dependents, a new form should be filled.</p> <p>The irregularity of the signature of the employer instead of the employee to avoid taking legal responsibility</p> <p>Bupa Arab has the right to reject the full coverage of declaration cases related to the mentioned items in this medical declaration</p> <p>As per the Kidney Foundation Kidney Diseases Outcomes Quality Initiative (KDQOLI) Clinical Practice Guideline classification,</p> | <p>تجدد الوثيقة فإنه لا ينبغي للمؤمن طلب نموذج الإعلان لأي مضمون له مضمون على (11) أشهر</p> <p>لا ينبغي لأرباب الحياة طلب إعلان طبي للمواليد عند إضافتهم إلى الوثيقة الحالية مع شركة التأمين التي لم يكن</p> <p>إذا كنت بحاجة إلى إضافة المزيد من المعتمدين، يجب ملء نموذج جديد</p> <p>عدم صحة توقيع صاحب العمل بدلاً من الموظف لتجنب تحمل المسؤولية القانونية</p> <p>يحق لأرباب الحياة رفض حالات عدم الإفصاح الطبية المتعلقة بالمؤشرات المذكورة في النموذج</p> <p>وفقاً لتصنيف الممارس في مؤسسة نتائج الكلى السريرية ومبادرة الجودة (KDQOLI) Clinical Practice Guideline classification،</p> |
|--|---|