

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.

تدقيق المؤمن:

يأمل قراءته بتبينه هذا النموذج بالشكل الصحيح لمرص السعر ولضمان حصول على
الخدمات الواردة في الجدول المطلوب حسب منافع أنوية الموحدة.

Date: __/__/__ **Addition** ☐ **إضافة**

Employee Name: _____ **Mohammadi Rashid Khan** **اسم الموظف:** _____

Entity Name: _____ **Awtad Al Akaria Company** **اسم المؤسسة:** _____

Gender: _____ **Male** **الجنس:** _____

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

New		جديد
ID No.:	2233304944	رقم الهوية:
Mobile No.:	0532103040	رقم الجوال:
Nationality:	Indian	الجنسية:
Marital Status:	Single	الحالة الاجتماعية:

رقم الحالة	رجى الإفصاح عن وجود أي من الحالات أدناه لديك أو لدى أحد أفراد العائلة بوضع إشارة ✓ في المربع تحت كلمة (نعم):	نعم / Yes	لا / No	Con. No.	Please declare any of below cases for yourself or any of your dependents by marking ✓ under the word (Yes):
1.	هل تم اليوم بالمستشفى خلال آخر 12 شهراً؟	☐	☐	1.	Any hospital admission during the last 12 months.
2.	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط : السكري، الأورام السرطانية، الأورام الحميدة التالية (أورام الثدي، أورام الرحم البطني، بنجر، البروستات الحميدة، أورام أو تضخم غدة الدرقية، و الغار الدرقية، أورام الكبد، أورام القولون)، أمراض القلب التالية (أمراض شرايين القلب، فشل عضلة القلب، الرجفان القلبي، خلطات القلب)، التهابات الكبد الفيروسية المزمنة (بسي)، حصوات المرارة، الفشل الكلوي المزمن (المرحلة الخامسة من أمراض الكلى، المرض الكلوي أقل من 15 مل/دقيقة)، حصوات المسالك البولية، الفشل الكلوي، أمراض المناعة الذاتية (التهاب المفاصل الروماتيزمية، الصدفية، مرض كرون، التهاب القولون التقرحي، تصلب الشرايين، حساسية الفمخ)	☐	☐	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)
3.	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض التالية أو التسوهات الخلقية التالية فقط: السكت الدماغية، اضطراب التخثر المنطعية، التلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض المناعة الذاتية، استئصال الرأس، ضمير الغضال السنوي، سنوهاب الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوسبر، الكيسر الولوي G6PD، التليف الكيسي للرئة، مرض تكديس الحديد (هيموكروماتوسيس) مرض ويلسون، تكيس الكبد الحظلي لوزارتي.	☐	☐	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
4.	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العيون التالية فقط : مياه بضاء، مياه زرقاء، أمراض السبكية	☐	☐	4.	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, Retinal diseases
5.	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الانزلاق الفقرات (الموسيط أو المتعددة)، انخفاف الفقرات (الموسيط أو المتعددة)، آفات العظام (الموسيط أو المتعددة)، التهاب المفاصل (الموسيط أو المتعددة)، التهاب المفاصل (الموسيط أو المتعددة)	☐	☐	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)
6.	لإناث الحوامل فقط: حمل حالي حبس واحد. حمل حالي مع قصيرة سابقة. حمل حالي متعدد الأجنة.	☐	☐	6.	Pregnant Females only: Current single pregnancy. Current single pregnancy with previous CS delivery. Current multiple pregnancy.
	تاريخ الولادة المتوقع: DD/MM/YYYY				Expected delivery date:

Employee and dependents' details that need to be added
(Please declare whether there is a medical condition for you or any family member)

مسابك الموقوف وأفراد العائلة الحراد أصاقهم
(الجماع الأصغر إحد في حال وجوده أو حاله طلبة لدراسة إحدى أفراد العائلة)

[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 أنا البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وبما عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأنها صحيحة. لقد أقرت أنني لن أوافق على التأمين إلا على أساس المعلومات التي أحتاجها لتقييم المخاطر. - أوافق على أحقية بوا العربية في رفض التغطية كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي سنأخذ قبل تاريخ التعاقد أو قبل تسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد. - أقر بأنني قد قرأت وفهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم إشارتي أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة تعدي وجود ما يستحق الإفصاح عنه وتعليه أوقع. - أقر أن عدم بضعنة بيانات الطول والوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحاة السمنة المفرطة.

Entity Stamp:	حسم حجة العمل:	Employee Signature:	توقيع الموظف:	Date:	التاريخ:
				DD / MM/ YYYY	

- | | |
|--|---|
| <p>Upon receipt of the notice, the insured shall sign a declaration form for any insured who has been insured for 11 months</p> <p>Buqa Arabia has the right to reject the full coverage of declaration forms 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</p> <p>Any request to add more dependents to a new form should be filed</p> <p>The irregularity of the signature of the employer instead of the employee to avoid taking legal responsibility</p> <p>Buqa Arabia has the right to reject the full coverage of declaration cases related to the mentioned terms in this medical declaration</p> <p>As per the Kidney Foundation Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (KDOQI) Clinical Practice Guideline classification</p> <p>** Sclerotic Knob angle more than 10 degrees or Sclerometer more than 5 degrees</p> | <p>تعد جدد الوصفة فيه لا يحق للسركه طلب منحوج اطلاق اذ موعى له موعى على (11) أشهر</p> <p>على أبوا العربيه طلب منحوج اطلاق طبي للمواليد الذين هم مضافون على وسمه التأمين السياره ليس شركه التأمين لا لم يكن</p> <p>الادى على وسمه التأمين السياره</p> <p>فى حال الامانة اطلاق التأمين السياره اكثر من سنة موعى جدد</p> <p>عدم نظامه قادم صاحب اتميل بتابعه ولا على الموعى له بحما لاجله المسؤونه القانونيه</p> <p>على أبوا العربيه طلب جلات عدم الامانة الطبيه المتعلقه بالسود المدعوه بالمنحوج</p> <p>* ولذا فمعى اصدار على موعى سة بنات اراضى الكللى ومباردة الجوده (KDOQI)</p> <p>جذب كذب ابرامه اكثر من 10 درجات او سكلرومتر اكثر من 5 درجات</p> |
|--|---|