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 قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير ولضمان حصولك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة.

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

Employee Name:	Anwar Kunhimon Mayanveetil	اسم الموظف:	
Entity Name:	Awtad Al Akaria Company	اسم المنشأة:	
Gender:	Male	الجنس:	
Policy No./ CR No.:	1010295661	رقم الوثيقة/ السجل التجاري:	
ID No.:	2189806942	رقم الهوية:	
Mobile No.:	0504233059	رقم الجوال:	
Nationality:	Indian	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 السوم 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 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, 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 الليفي، تضخم البروستات الحميد، أورام أو تضخم الغدة الدرقية و الجار الدرقية، أورام الكبد، أورام القولون)، أمراض القلب التالية (أمراض شرايين القلب، فشل عضلة القلب ، الرجفان القلبي، جلطات القلب)، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن (سي)، حصوات المراره، الفشل الكلوي الشديد (المرحله الخامسة من أمراض الكلى، المرشح الكلوي أقل من 15 مل/دقيقة*)، حصوات المسالك البوليه، الفتق، أمراض الامعاء الدائيه (القولون الحمراء، التهاب المفاصل الروماتيزميه، الصدفية، مرض كروبر، التهاب القولون المقرحي، التصلب اللويحي، حساسية القمح)	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 العيوب الخلقية التالية فقط: الشلل الدماغي، اضطرابات الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، النكسر الفولي 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)، احتكاك المفاصل المتوسط أو المتقدم أو تمزق الأربطة	5
6.	**Pregnant Females only:**			للأمهات الحامل فقط:	6
	Current single pregnancy.	☐		حمل حالي جنين واحد.	
	Current single pregnancy with previous CS delivery.	☐		حمل حالي مع قيصرية سابقه.	
	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 أي 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.

الإقرار والتفويض:

- أقر أن البيانات والمعلومات المذكوره أعلاه كامله وصحيحه وبناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وان بوبا العربية لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبيه قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر.
- أوافق على أحقيه بوبا العربيه في رفض المطالبه او التغطية كلياً عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكوره أعلاه التي تسبب قبل تاريخ التعاقد او قبل تسجيل أو إضافه مؤمن له خلال فترة سريان العقد.
- أقر بأني قد قرأت وفهمت جميع ماجاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم إشارتي أمام اي من الحالات المذكورة أعلاه تعتبر بمثابه نفي وجود ماستحق الإفصاح عنه وتعليه أوقع.
- أقر أن عدم تعبئة بيانات الطول والوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عمليه جراحة السمنه المفرطة.

Entity Stamp:	حتم جهة العمل:	Employee Signature:	توقيع الموظف:	Date:	التاريخ:
				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 dependents, a new form should be filled.
- The irregularity of the signature of the employer 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 Foundation Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (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 إفصاح 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 تكن الأم تغطى وثيقة تأمين أخرى.
- في حال الحاجة لإضافة شخص أكثر يتم تعبئة نموذج جديد.
- عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلاً عن المؤمن له تجنباً لتحمله المسؤولية القانونية.
- يحق لبوبا العربية رفض حالات عدم الإفصاح المتعلقة بالبنود المذكورة بالنموذج.

* وفقا لتصنيف انصار في مؤسسة نتائج أمراض الكلى ومبادرة الجودة (KDOQI)

** حنف كوب بزاوية 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 920 000 494