



# 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:  
نأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير ولضمان حصولك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب مافع الوثيقة الموحدة.

Date:   /  /   Addition  إضافة  
Employee Name: Saidar Ihtisham Ul haq Khan B. Khan اسم الموظف:  
Entity Name: Awlad Al Aklaria Company اسم المنشأة:  
Gender: Male الجنس:  
Policy No./ CR No.: 1010295661 رقم الوثيقة/ السجل التجاري:

New  **جديد**  
ID No.: 2542325986 رقم الهوية:  
Mobile No.: 0597809348 رقم الجوال:  
Nationality: Pakistani 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 لثبات أو لدى أحد أفراد العائلة بوضع إشارة ✓ في المربع تحت كلمة (نعم):
1.	Any hospital admission during the last 12 months.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم اليوم بالمستشفى خلال آخر 12 شهراً؟
2.	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases <b>limited to:</b> 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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام السرطانية، الأورام الحميدة التالية (أورام الثدي، أورام الرحم الليفية، عظام البروستات الحميدة، أورام أو تضخم الغدة الدرقية و الغدة الدرقية، أورام الكبد، أورام القولون)، أورام الغدة النخالية (أمراض سراسيم الغدة، قنصل غدة القلب، الرجحان البطني، حطبات الغدة)، الأورام الخبيثة (أمراض سرطانية مزمنة (سلي)، ضوابط المرارة، القنصل الكلوي المتعدد (المرحلة الخامسة من أمراض الكلى، الترسخ الكلوي أقل من 15 مل/دقيقة*)، حصى المسالك البولية، التهاب المفاصل الالتهابي (التهاب المفاصل الروماتيزمي، الصدفية، مرض كروبر، التهاب القولون المتفرخ، تضيق اللوزجي، حساسية الفمخ)
3.	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorders or hereditary diseases <b>limited to:</b> Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, Hemophilia, metabolic diseases, hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genitil malformation, chromosomal abnormalities, Gaucher's disease, G6PD deficiency, Cystic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, polycystic kidney disease.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الخلقية أو الوراثية التالية فقط: اضطراب الخلايا المنخنية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض المنبتل القدرات، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكية، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، عرض غوشر، الكيسر القولي G6PD، التليف الكيسي للرنه، مرض بكنس الحديد (هيموكروماتوسيس)، مرض ويلسون، بكنس الكليسي الخلفي الوراثي.
4.	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, Retinal diseases	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الارتراق العنقودي (الموسيط أو المتعد)، إخراج العنود العنقوي (الموسيط أو المتعد)، أحيكالك المفاصل، الموسيط أو المتعد أو بترقي الأربطة
6.	<b>Pregnant Females only:</b> Current single pregnancy. Current single pregnancy with previous CS delivery. Current multiple pregnancy. <b>Expected delivery date:</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>الأنثى الحامل فقط:</b> حمل حالي وحيد. حمل حالي مع قيصرية سابقة. حمل حالي متعدد الأحمه. <b>تاريخ الولادة المتوقع:</b> 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 صحية لدى 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

**القرار 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 وبإذاع عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأن بوبا العربية لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أعامل معها لتزودها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر.

أوافق على أن بوبا العربية في رفض المطالبة أو البعطة كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي تنبأ قبل تاريخ التعاقد أو قبل تسجيل أو إضافتي مؤملي له خلال فترة سريان العقد.

أقر بأنني قد قرأت وافهممت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم إبشارتي أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة موافقة على وجود ما يستحق الإفصاح عنه وعليه أوافق.

أقر بأن عدم تعبئة بيانات الطول والوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحية السمنة المفرطة.

Entity Stamp: حتم جهة العمل:

Employee Signature:

Date: DD / MM/ YYYY توقيع الموظف:

التاريخ: DD / MM/ YYYY

\* Upon renewal of the policy, the insurer shall not require 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 at the same insurance company unless the mother is covered on a 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 form.  
\* 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 يحى للمؤمن عليه طلب نموذج الإفصاح لأي مؤملي له حتى يبلغ (11) أشهر.  
\* لا يحى لبوبا العربية طلب نموذج الإفصاح طبي للمواليد الجدد عند إضافتهم على وثيقة التأمين التي تملكها شركة التأمين ما لم تكن الأم على وثيقة تأميني أخرى.  
\* في حال الحاجة لإضافة تأميني أكثر من بنة نموذج جديد.  
\* عدم شامته بغير موافقة العمل بالتوقيع بدلاً من المؤملي له، يجب أن يحصله المسؤولية بالتأمين.  
\* يحى لبوبا العربية رفض حالات عدم الإفصاح بالقله المتعلقة بالبنود المذكورة بالموقع.  
\* وفقاً لتصنيف المصادر عن مؤمليته لتاريخ أمراض الكلى ومادته الجودة (KDOQI)  
\*\* كوف بزاوية أكثر من 10 درجات أو سكوليوميتر أكثر من 5 درجات.