



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

Date: / / Addition ☐ إضافة
Employee Name: Mohammed Saleh D. Alshakarh اسم الموظف:
Entity Name: Aklat/Al Akaria Company اسم المشاة:
Gender: Male الجنس:
Policy No./ CR No.: 1010295661 رقم الوثيقة/ السجل التجاري:

New ☐ جديد
ID No.: 1110079397 رقم الهوية:
Mobile No.: 0537629158 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	الرجاء الإفصاح عن وجود أي من الحالات أدناه لحد ذاتك أو لدى أحد أفراد العائلة بوضع إشارة ✓ في المربع تحت كلمة (نعم):
1.	Any hospital admission during the last 12 months.	☐	☐	هل تم التويز بالمستشفى خلال آخر 12 شهر؟
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)	☐	☐	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: الوحد، الأورام السرطانية، الأورام الحميدة التالية (أورام الثدي، أورام الرحم الحميدة، أورام الكبد، أورام القولون)، أورام الحميدة، أورام أو تضخم البطانة الدرقية و الغدة الدرقية، أورام الكبد، أورام القولون، أورام القلب التالية (أمراض شرايين القلب، فشل عضلة القلب، الرجفان الأذيني، خلطات القلب)، التهابات الكبد الفيروسية (بسي)، حصوات المرارة، الفشل الكلوي الشديد (المرحلة الخامسة من أمراض الكلى، البرشخ الكلوي أقل من 15 مل/دقيقة)، حصوات المسالك البولية، البق، أمراض المفاصل التالية (الدانة، التهاب المفاصل الروماتيزمية، الصدفية، مرض كرون، التهاب القولون التقرحي، الصلابة اللويحية، حساسية الفمخ)
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 التالية فقط: اضطراب تخليق الدم، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، متلازمة أديسون، أمراض الكروموسومات، مرض غوشير، نقص السكر الفولي G6PD، التليف الكيسي، مرض بكنس الحديد (هيموكروماتوزيس)، مرض ويلسون، نقص الكليتي الخلقي الوراثي.
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 الشديدا)، انحناء العمود الفقري (المتوسط أو الشديدا)، إحتكاك المفاصل المتوسط أو الشديدا، انزلاق الرباط
6.	Pregnant Females only: Current single pregnancy Current single pregnancy with previous CS delivery Current multiple pregnancy Expected delivery date: DD/MM/YYYY	☐	☐	للإناث الحوامل فقط: حمل حالي حسب واحد. حمل حالي مع قيصره سابقه. حمل حالي متعدد الأحيه. 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 إضافتهم (الرجاء الإفصاح في حال وجود أي حالة طبية لديك أو لدى أحد أفراد العائلة)			
اسم المستشفي 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 أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وبأنه علي فأن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأن بوا العربية لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أعامل معها ليرد بها أي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر. - أوافق على أحقية بوا العربية في رفض المطالبة أو العطفة كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي يشاء قبل تاريخ التعاقد أو قبل تسجيل أو إضافه مؤمن له خلال فترة سريان العقد. - أقر بأنني قد قرأت وفهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم إسرائتي أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة بفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه وعليه أوقع. - أقر أن عدم تعبئة بيانات الطول والوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحه السمنة المفرطة.

Entity Stamp	Employee Signature:	Date:
		DD / MM / YYYY

عند تجديد الوثيقة فإنه لا بد من تعبئة نموذج إفصاح طبي لأي مؤمن له مضي عليه (12) أشهر.
لا بد من تعبئة نموذج إفصاح طبي للمواليد الجدد عند إضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية لنفس شركة التأمين ما لم يكن لهم وثيقة تأمين أخرى.
في حال الحاجة لإضافة مؤمن له جديد يجب تعبئة نموذج جديد.
عدم تعبئة بيانات صاحب العمل بالتوقيع بدلاً من المؤمن له أيضاً لنحتمل المسؤولية القانونية.
يجب تعبئة نموذج إفصاح طبي عند الإفصاح بأمراض مزمنة أو أمراض مزمنة بالأمراض المزمنة المذكورة بالنموذج.
* وفقاً لتصنيف العاهل في تصنيفات نتائج أمراض فكلتي وصارورة الجودة (KDOQI).
** يجب كوز برأوية أكثر من 10 درجات أو سكيلومتر أكثر من 5 درجات.