

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 منافع الوثيقة الموحدة.

Addition إضافةNew جديد

Employee Name: MOHAMMED ABDULRAHMAN ALMASHARI : اسم الموظف Entity name: Bupa Direct - Al Daffah Company : اسم المنشأة:

Gender: M : الجنس Nationality: Saudi Arabia : الجنسية Policy No. / CR No.: 45746800 : رقم الوثيقة / السجل التجاري:

ID No.: 1013612443 : رقم الهوية Mobile No.: 0556061666 : جوال Marital Status: Married متزوج Single أعزب : الحالة الإجتماعية:

رقم الحالة	يرجى الإفصاح عن وجود أي من الحالات أدناه لديك أو لدى أحد أفراد العائلة بوضع إشارة ✓ في المربع تحت كلمة (نعم):	لا No	نعم Yes	رقم الحالة
1.	Any hospital admission during the last 12 months.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم التنويم بالمستشفى خلال آخر 12 شهر؟
2.	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases limited to : Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط : التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبد الفيروسي المزمن، حصوات المرارة، الغنشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو تصلب المتعدد.
3.	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases limited to : Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, Gaucher's disease, G6PD Deficiency, cystic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط : الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكرس العفوي، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقية الوراثية.
4.	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to : Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط : مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.
5.	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases limited to : Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط : الإزلاق الغضروفي (الديسك)، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.
6.	Pregnant Females only: Current single pregnancy. Current single pregnancy with previous CS delivery. Current multiple pregnancy. Expected delivery date:	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	للأنثى الحامل فقط: حمل حالي جنين واحد. حمل حالي مع قيصرية سابقة. حمل حالي متعدد الأجنة. تاريخ الولادة المتوقع:
		يوم / شهر / سنة		

Employee and dependents' details that need to be added
(Please declare whether there is a medical condition for you or any family member)بيانات الموظفين وأفراد العائلة المراد إضافتهم
(الرجاء الإفصاح في حال وجود أي حالة طبية لديك 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
		0556061666			1027474657	Spouse	F	NORAH HAMAD SAIF BIN BATTAL
		0556061666			1013626625	Spouse	F	IBTESAM ABDULLAH M ALSHUWAIMI
		0556061666			1178582464	Child	F	YASAMIYAN MOHAMMED ABDULRAHMAN ALMASHARI
		0556061666			1155362179	Child	F	ALJAWHARAH MOHAMMED ABDULRAHMAN ALMASHARI
		0556061666			1155361916	Child	F	LAJAIN MOHAMMED ABDULRAHMAN ALMASHARI

Undertaking

الإقرار والتفويض

- 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.
- 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 وبناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأن شركة بوبا العربية لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها للتقييم المخاطر.
- أوافق على أحقية بوبا العربية في رفض المطالبة أو التغطية كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت 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 نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه وعليه أوقع.
- عدم تعبئة بيانات الطول والوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المقررة.

Entity's stamp:	ختم جهة العمل:	Employee Signature:	توقيع الموظف:	Date:	التاريخ:
				2022 / 08 / 01	

• Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.

• The insurer is not eligible to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.

• If you need to add more dependents, an additional form should be filled.

• It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

• عند تجديد الوثيقة فإنه لا يجب للشركة طلب نموذج إفصاح لأي مؤمن له مضي عليه (11) أشهر.

• لا يحق لشركة التأمين طلب إفصاح طبي للمواليد الجدد عند إضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية.

• في حال الحاجة لإضافة تأمين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد.

• عدم تظايفه قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلاً عن المؤمن له.

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 منافع الوثيقة الموحدة.

Addition إضافةNew جديد

Employee Name: MOHAMMED ABDULRAHMAN ALMASHARI : اسم الموظف Entity name: Bupa Direct - Al Daffah Company : اسم المنشأة:

Gender: M : الجنس Nationality: Saudi Arabia : الجنسية Policy No. / CR No.: 45746800 : رقم الوثيقة / السجل التجاري:

ID No.: 1013612443 : رقم الهوية Mobile No.: 0556061666 : جوال Marital Status: Married متزوج Single أعزب : الحالة الإجتماعية:

رقم الحالة	يرجى الإفصاح عن وجود أي من الحالات أدناه لديك أو لدى أحد أفراد العائلة بوضع إشارة ✓ في المربع تحت كلمة (نعم):	لا No	نعم Yes	رقم الحالة
1.	Any hospital admission during the last 12 months.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم التنويم بالمستشفى خلال آخر 12 شهر؟
2.	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases limited to : Autism, Benign Tumor, Cancer, Heart Diseases, Chronic Hepatitis C, Gallstones, Kidney failure, Urinary tract stones, thyroid goiter, Cysts, fibroid uterus, Hernias, autoimmune diseases or Multiple sclerosis.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، الالتهاب الكبد الفيروسي المزمن، حصوات المرارة، الغنثل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو تصلب المتعدد.
3.	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorder or hereditary diseases limited to : Cerebral palsy, Sickle cell disorder, Thalassemia, hemophilia, metabolic diseases, Hydrocephalus, spinal muscle atrophy, genital malformations, Chromosomal abnormalities, Gaucher's disease, G6PD Deficiency, cystic fibrosis, hemochromatosis, Wilson disease, Polycystic Kidney Disease.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط: الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، مرض التكرس العفوي، التليف الكيسي، هيموكروماتوسيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقية الوراثية.
4.	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to : Cataract, Glaucoma, Corneal diseases or Retinal diseases.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.
5.	Have you been diagnosed with any of the following bone diseases limited to : Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الإزلاق الغضروفي (الديسك)، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.
6.	Pregnant Females only: Current single pregnancy. Current single pregnancy with previous CS delivery. Current multiple pregnancy. Expected delivery date:	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	للأنثى الحامل فقط: حمل حالي جنين واحد. حمل حالي مع قيصرية سابقة. حمل حالي متعدد الأجنة. تاريخ الولادة المتوقع:
			يوم / شهر / سنة	

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 و أفراد العائلة المراد إضافتهم
(الرجاء الإفصاح في حال وجود أي حالة طبية لديك 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
		0556061666			1132619170	Child	F	LAMA MOHAMMED ABDULRAHMAN ALMASHARI
		0556061666			1122512625	Child	F	LUBNA MOHAMMED ABDULRAHMAN ALMASHARI
		0556061666			1119236832	Child	F	LEENAH MOHAMMED ABDULRAHMAN ALMASHARI

Undertaking

الإقرار والتفويض

- 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.
- 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 وبناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأن شركة بوبا العربية لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها للتقييم المخاطر.
- أوافق على أحقية بوبا العربية في رفض المطالبة أو التغطية كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل تسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد.
- أقر بأنني قد قرأت وفهمت جميع ماجاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم إشارتي أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود ما يستحق الإفصاح عنه وعليه أوقع.
- عدم تعبئة بيانات الطول والوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المقرطة.

Entity's stamp:	ختم جهة العمل:	Employee Signature:	توقيع الموظف:	Date:	التاريخ:
				2022 / 08 / 01	

• Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
• The insurer is not eligible to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy.
• If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
• It is illegal to sign this form by the employer instead of the employee.

• عند تجديد الوثيقة فإنه لا يجب للشركة طلب نموذج إفصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) أشهر.
• لا يحق لشركة التأمين طلب نموذج إفصاح طبي للمواليد الجدد عند إضافتهم على وثيقة التأمين الصحي السارية.
• في حال الحاجة لإضافة تأمين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد.
• عدم تعاطية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلاً عن المؤمن له.