



# 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 بالنسبة للصحة بعرض التسعير ولضمان حصولك على خدمات الرعاية الصحية بالنسبة للمطلوب حسب مبالغ الوثيقة الموحدة.

**Date:** / / **Addition**  **إضافة** **New**  **جديد**

**Employee Name:** Mazen Bjad M Alharbi **اسم الموظف:**

**Entity Name:** Awlad Al Akaria Company **اسم المنشأة:**

**Gender:** Male **الجنس:**

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

**ID No.:** 1109261840 **رقم الهوية:**

**Mobile No.:** 0553670363 **رقم الجوال:**

**Nationality:** Saudi **الجنسية:**

**Marital Status:** Single **الحالة الاجتماعية:**

Con. No.	Please declare any of below cases for yourself or any of your dependants by marking ✓ under the word (Yes):	No / لا	Yes / نعم	برجى الإفصاح عن وجود أي من الحالات أدناه لديك أو لدى أحد أفراد العائلة بوضع إشارة ✓ في المربع بحث كلمة (نعم):
1.	Any hospital admission during the last 12 months.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم الاستشفاء في أي مستشفى 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 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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: البوخذ، الأورام السرطانية، الأورام الحميدة التالية (أورام الثدي، أورام الرحم البطني، تضخم البروستات الحميد، أورام أو تضخم الغدة الدرقية و أنخز الدرقية، أورام الكبد، أورام القولون)، أورام القلب التالية (أمراض شرايين القلب، فشل عضلة القلب، الرخاقت القلبية، خطنان القلب)، الالتهاب الكبد الفيروسي المزمن (سي)، جحوات المرارة، الفشل الكلوي الشديد (المرحلة الخامسة من أمراض الكلى، الترشح الكلوي أقل من 15 مل/دقيقة*)، حصوات المسالك البولية، الفتق، أمراض الصاعقة الدماغي (الدنبة الحمراء)، التهاب المفاصل الروماتيزمية، الصدفة، مرض كروبر، التهاب القولون المزمن، الصلابة اللويحي، حساسية القمح)
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, genital 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 الوراثية أو التنبوهات الخلقية التالية فقط: الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا الصفيحية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض المنحل الدمائي، استسقاء الرأس، صغر العظام المتورقة، شذوآت الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشير، التكسر الفولي G6PD، الليف الكيسي للزرة، مرض نكدس الحديد (هيموكروماتوسيس)، مرض ويلسون، تكيس الكلى الخلقية الوراثية.
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 بيضاء، مياه ررقاء، 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: الانزلاق التوروقي (المتوسط أو الشديد)، انحراف العمود الفقري (المتوسط أو المتقدم)، احتمالك المفاصل المتوسط أو المتقدم أو يرقف 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>للإناث الحوامل فقط:</b> حمل حالي حمس واحد. حمل حالي مع قصيرة سابقة. حمل حالي متعدد الأجنة. <b>تاريخ الولادة المتوقع:</b>

**Employee and dependants' 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 المستشفى Hospital Name	الحالة Condition	رقم الجوال Mobile No.	الطول Hi. (cm)	الوزن Wt. (kg)	رقم الهوية ID#	صلة القرابة Relationship	الجنس Gender	اسم الموظف/ أفراد العائلة Employee/ Dependent Name

**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 وبنية علمه فإن قبول الطلب سيم على أساس هذه البيانات وأن بوبا العربية لها الحق في الاتصال بالمتخصصات التي أنعمل معها لتربدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لأغراض التأمين.

أوافق على أخيه بوبا العربية في رفض المطالبة أو العطفة كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي سنأقبل تاريخ التعاقد أو قبل تسجيل أو إضافة مؤملي له خلال فتره سريان العقد.

أقر بأنني قد قرأت وفهممت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم إشارتي أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة تعني وجود ما يستحق الإفصاح عنه وعليه أوقع.

أقر أن عدم تعبئة بيانات الطول والوزن سيؤدي إلى رفض عطفة تكاليف عملية جراحه السمنة المفرطة.

**Entity Stamp:**

**Employee Signature:**

**Date:** 09 / 09 / 2024  
DD / MM / YYYY

• عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحى للشركة طلب نموذج إفصاح لأي مؤملي له مسمى عليه (11) أسوة.  
• لا يحى لبوبا العربية طلب نموذج إفصاح طبي للمؤملي الجديد عند إضافتهم على وثيقة التأمين الصحي لشركة التأمين ما لم تكن الإيم على وثيقة تأمين أخرى.  
• في حال الحاجة لإضافة تأمين أكثر يتم تعبئة نموذج تجديد.  
• عدم طلبناة جازم حاجتنا للعمل بالوضع علماً على المؤمن له بشأن لئمله المسؤولية القانونية.  
• بوبا العربية ترفض حالات عدم الإفصاح للثة الخفية بتسوية المذكورة بالنموذج.  
• وفقاً لتوصيات الصادر عن مؤسسة علاج أمراض الكلى وصانعة الجودة (KDDQI)  
• حق كوبي بولوية أكثر من 10 درجات أو سكلويوسيس أكثر من 5 درجات.

• Upon renewal of the policy, the insurer will not request a medical declaration form for any insured who has been insured for 11 months.  
• Bupa Arabia is not entitled to request a medical declaration form for members when they are added to the existing health insurance policy in the same insurance company unless the member is provided by a different insurance company.  
• If you need to add more dependants, 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 (KDDQI) Clinical Practice Guideline classification.  
• \*\* Scoliosis Cobb angle: more than 10 degrees or Scoliometer: more than 5 degrees.