

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.

عربي المؤمن له:
أمل فيم أنك بتعطينة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير ولضمان حصولك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب مافع الوثيقة الموحدة.


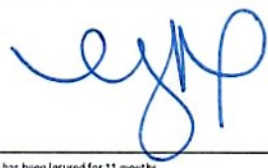
Date: ___/___/___ **إضافة** **New**
Employee Name: Navida Glacyrell Veded Vedad **اسم الموظف:**
Entity Name: Awtad Al Akaria Company **اسم المنشأة:**
Gender: Female **الجنس:**
Policy No./ CR No.: 1010295661 **رقم الوثيقة/ السجل التجاري:**

حديد
ID No.: P3526478B **رقم الهوية:**
Mobile No.: 0598592306 **رقم الجوال:**
Nationality: Filipino **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 الجاه |
|----------|--|-------------------------------------|--------------------------|---|-----------|
| 1. | Any hospital admission during the last 12 months. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | هل تم التنويم بالمستشفى خلال آخر 12 شهراً؟ | 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, 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 checked="" 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، تضخم البروستات الحميد، أورام أو تضخم العدة الذرقية و الجار الذرقية، أورام الكبد، أورام القولون)، أمراض القلب التالية (أمراض شرايين القلب، فشل عضلة القلب، الرجفان القلبي، جلطات القلب)، الانتهاب الكبدى الفيروسي المزمن (سبى)، حصوات المرارة، الفشل الكلوي الشديد (المرحلة الخامسة من أمراض الكلى، الترشح الكلوي أقل من 15 مل/دقيقة*)، حصوات الأورلى، المسالك البولية، الفتى، أمراض المصاعة الذاتية (الذئبة الحمراء، التهاب المفاصل الروماتيزمية، الصدفية، مرض كرونز، التهاب القولون التقرحى، تصلب اللويحي، حساسية الفعج) | 2. |
| 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. | <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 النمبل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات التوكمي، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشير، التكسر الغولي G6PD، التليف الكيسى للثة، مرض نكدس الحديد (هيموكروماتوسيس)، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقى الوراثي. | 3. |
| 4. | Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, Retinal diseases | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بضاء، مياه زرقاء، أمراض 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, osteoarthritis (Moderate or severe). | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الانزلاق الفقرى (المتوسط أو المتقدم)، انحراف العمود الفقري (المتوسط أو المتقدم)، احتكاك المفاصل المتوسط أو المتقدم و يمرض الأربطة | 5. |
| 6. | Pregnant Females only: Current single pregnancy. Current single pregnancy with previous CS delivery. Current multiple pregnancy. Expected delivery date: DD/MM/YYYY | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | للأنثى، الحوامل فقط: حمل حالى جنس واحد. حمل حالى مع فصيرة سابقة. حمل حالى متعدد الأجنه. تاريخ الولادة المتوقع: | 6. |

| 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 اضافهم (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 | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

| Undertaking | الإقرار والتعويض: |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> 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. | <ul style="list-style-type: none"> أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وبناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأن بوبا العربية لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر. أوافق على أحقية بوبا العربية في رفض المطالبة أو التغطية كلاً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل تسجيل أو إضافته مؤمن له خلال فترة سريان العقد. أقر بأني 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. أقر أن عدم تعيينة بيانات الطول والوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحه السمنة المفرطة. |

| | | | | | |
|---|----------------|---|---------------|----------------|---------------------|
| Entity Stamp: | ختم جهة العمل: | Employee Signature: | توقيع الموظف: | Date: | التاريخ: 18/07/2020 |
|  | |  | | DD / MM / YYYY | |

عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحى للتشركه طلب نموذج إفصاح لأي مؤمن له مضى عليه (11) أشهر.
 لا يحى لبوبا العربية طلب نموذج إفصاح طبي للمواليد أجدد عند إضافتهم على وثيقه التأمين الصحي السارية لنفس شركه التأمين ما لم يكن الأمر على وبقوه بأبني أخرى.
 في حال الحاجة لإضافة تابعين أكثر يتم تعينه نموذج جديد.
 عدم تغطيته هام صاحب العمل بالتوقيع بدلاً عن المؤمن له يحى لتحملة المسؤولية القانونية.
 يحى لبوبا العربية رفض حالات عدم الإفصاح لثقة المتطوع بالنموذج المذكورة بالنموذج.
 * وفقاً لنصيب الصادر عن مؤسسة نتائج أمراض الكلى ومبادرة العودة (KDOQI)
 ** حيف كوب براوه أكثر من 10 درجات أو سكووموسر أكثر من 5 درجات.