

عزيزي المؤمن له:
تأمل قيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير ولضمان حصولك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة.

Date:	Addition ☐	إضافة	New ☐	جديد	
Employee Name:	Janine Carriedo Lagman	اسم الموظف:	ID No.:	3536159332	رقم الهوية:
Entity Name:	Awtad Al Akaria Company	اسم المنشأة:	Mobile No.:	0563021157	رقم الجوال:
Gender:	Female	الجنس:	Nationality:	Filipino	الجنسية:
Policy No./ CR No.:	1010295661	رقم الوثيقة/ السجل التجاري:	Marital Status:	Single	الحالة الاجتماعية:

رقم الحالة	برجي الإفصاح عن وجود أي من الحالات أدناه لديك أو لدى أحد أفراد العائلة بوضع إشارة ✓ في المربع تحت كلمة (نعم):	نعم / Yes	لا / No	Please declare any of below cases for yourself or any of your dependents by marking ✓ under the word (Yes):	Con. No.
1.	هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهراً؟	☐	☐	Any hospital admission during the last 12 months.	1.
2.	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط : التوحد، الأورام السرطانية، الأورام الحميدة التالية (أورام الثدي، أورام الرحم اللبيفي، تضخم البروستات الحميد، أورام أو تضخم الغدة الدرقية و الجار الدرقية، أورام الكبد، أورام القولون)، أمراض القلب التالية (أمراض شرايين القلب، فشل عضلة القلب، الرجفان القلبي، حطاط القلب)، الالتهاب الكبدى الفيروسي المزمن (سبي)، حصوات المرارة، الفشل الكلوي الشديد (مرحلة الخساسة من أمراض الكلى، الترشح الكلوي أقل من 15 مل/دقيقة*)، حصوات المسالك البولية، الفتق، أمراض المناعة الذاتية (الذئبة الحمراء، التهاب المفاصل الروماتيزمية، الصدفية، مرض كرون، التهاب القولون التقرحي، تصلب اللويحي، حساسية القمح)	☐	☐	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)	2.
3.	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط: الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، التلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشير، تكيس الغولى G6PD، التليف الكيسي للرنه، مرض تكس الحديد (هيموكروماتوسيس)، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقية الوراثية.	☐	☐	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.	3.
4.	هل تم تشخيصك بأي من امراض العين التالية فقط : مياه بياض، مياه زرقاء، امراض الشبكية	☐	☐	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, Retinal diseases	4.
5.	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: انزلاق الغضروفى (المتوسط أو المتقدم)، انحراف العمود الفقري (المتوسط أو المتقدم)، احتكاك المفاصل المتوسط أو المتقدم أو تمرق الأربطة	☐	☐	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).	5.
6.	للإناث، الجامل فقط: حمل حالي جنين واحد. حمل حالي مع قيصرية سابقة. حمل حالي متعدد الأجنة. تاريخ الولادة المتوقع:	☐	☐	Pregnant Females only: Current single pregnancy. Current single pregnancy with previous CS delivery. Current multiple pregnancy. Expected delivery date:	6.
				DD/MM/YYYY	

[illegible]

الإقرار والتفويض:	Undertaking
- أقر أن البيانات والمعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وبناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأنها بوجوب النشأة لها الحق في الاتصال بالمستشفيات التي تتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر. - أوافق على أحقية بوبا العربية في رفض المطالبة أو التغطية كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي تعتبر قبل تاريخ التعاقد أو قبل تسجيل أو إضافة المؤمن 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. - أقر أن عدم تعيينه بيانات الطول والوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة.	- 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.

Entity Stamp:	ختم جهة العمل:	Employee Signature:	توقيع الموظف:	Date:	التاريخ:
				DD / MM/ YYYY	

- على تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج إحصاء لأى مؤهل له مصرى عليه (11) أشهر.
- لا يحق لهما العربى إضاح إصوح طبي للمواليد الجدد عند إصافتهم على وثيقة التأمين المحي السارية لنفس شركة التأمين ما لم تكن الإام على الوثيقة تأمين آخرى.
- فى حال وفاة إصافه تأييين أبى يتم نصية نموذج جديد.
- عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلاً عن المؤهل له رتباً لتحمله المسؤولية القانونية.
- يحق لهما العربة رفض حالات عدم إصافه للطلة المتصلة بالخدمة المذكورة النموذج
- وفقاً لتعريف الصادر عن مؤسسة نتائج أمراض الكلى ومصادر الجودة (KDOQI)
- ** حثف كوت براوية أكثر من 10 درجات أو سكولوميتير أكثر من 5 درجات.
- * Scoliosis Cobb angle more than 10 degrees or Scoliometer more than 5 degrees.