



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.

Date: __/__/__

Addition

إضافة

New

جديد

Employee Name: Syed Khaja Hussaini

Entity Name: Awtad Al Akaria Company

Gender: Male

Policy No./ CR No.: 1010295661

اسم الموظف:

اسم المنشأة:

الجنس:

رقم الوثيقة/ السجل التجاري:

ID No.: 2593201649

Mobile No.: 0538865083

Nationality: Indian

Marital Status: Single

رقم الهوية:

رقم الجوال:

الجنسية:

الحالة الاجتماعية:

رقم الحالة	يرجى الإصاحاح عن وجود أي من الحالات أدناه لديك أو لدى أحد أفراد العائلة بوضع إشارة ✓ في المربع تحت كلمة (نعم):	نعم / Yes	لا / No	Con. No.	Please declare any of below cases for yourself or any of your dependents by marking ✓ under the word (Yes):
1.	هل تم التنويم بالمستشفى خلال آخر 12 شهراً؟	☐	☒	1.	Any hospital admission during the last 12 months.
2.	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام السرطانية، الأورام الحميدة التالية (أورام الثدي، أورام الرحم الليفي، تضخم البروستات الحميد، أورام أو تضخم الغدة الدرقية و الغار الدرقية، أورام الكبد، أورام القولون)، أمراض القلب التالية (أمراض شرايين القلب، فشل عضلة القلب ، الرخاخ القلبي، جلطات القلب)، الالتهاب الكبدى الفيروسي المزمن (سبى)، حصوات المرارة، الفشل الكلوي الشديد (المرحلة الخامسة 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 الفمخ)	☐	☒	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)
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، ضغور العضلات التنوكي، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، التكسير القولي G6PD ، التليف الكيسي للرنه، مرض تكدرس الحديد (هيموكروماتوسيس)، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي.	☐	☒	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.
4.	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط : مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض الشبكية	☐	☒	4.	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, Retinal diseases
5.	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الانزلاق العضروفي (المتوسط أو المتقدم)، انحراف العمود الفقري (المتوسط أو المتقدم)، احتكاك المفاصل المتوسط أو المتقدم أو تمرق الأربطة	☐	☒	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).
6.	للإناث الحوامل فقط: حمل حالي جنين واحد. حمل حالي مع قيصرية سابقة. حمل حالي متعدد الأجنة. تاريخ الولادة المتوقع:			6.	Pregnant Females only: Current single pregnancy. Current single pregnancy with previous CS delivery. Current multiple pregnancy. Expected delivery date:
			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 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 كلما عُد عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل تسجيل أو إضافة مؤمّن له خلال فترة سريان العقد. - أقر بأنّي قد قرأت وفهمت جميع محاج 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 تعبئة 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	

- عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج إحصاء لحادث مؤسف له متى عليه (11) أشهر.
 - لا يحق لنوا التأمين طلب نموذج إحصاء طبي للمولود الجديد عند إصابته على وثيقة التأمين الصحي لشركة التأمين ما لم تكن الأم على وثيقة تأمين أخرى.
 - في حال الحاجة لإضافة تأمين أكثر بنى نصية نموذج جديد.
 - عدم نظامية قيام صاحب العمل بالتوقيع بدلاً عن المؤمن له تحسباً لتكملة المسؤولية القانونية.
 - يحق لنوا التأمين رفض حالات عدم الإحصاء الطبية المتعلقة بالبنود المذكورة بالمودج.
 - وفقاً لتصنيف الصادر عن مؤسسة نتائج أمراض الكلى ومبادرة الجودة (KDOQI).
- ** حاف كوي براوية أكثر من 10 درجات أو سكولومير أكثر من 5 درجات.**
- Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
- Bupa Arabia is not entitled to request a medical declaration form for newborns when they are added to the existing health insurance policy in the same insurance company unless the mother is covered on different insurance company.
- If you need to add more dependents, 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 (KDOQI) Clinical Practice Guideline classification.}
- ** Scoliosis Cobb angle more than 10 degrees or Scolometer more than 5 degrees.**