

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.

تأمل فيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير ولضمان حصولك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة.

عزيزي المؤمن له:

تأمل فيامك بتعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير ولضمان حصولك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب منافع الوثيقة الموحدة.

Employee Name: abdullah ali alghamdi اسم الموظف: EXTENSIA Entity name: EXTENSIA اسم المنشأة:
Gender: MALE الجنس: SAUDI Nationality: SAUDI الجنسية: 45789500 Policy No. / CR No.: 1102136734 رقم الوثيقة/ السجل التجاري:
ID No.: 1102136734 رقم الهوية: 0530560220 Mobile No.: 0530560220 جوال: Marital Status: Married ☐ متزوج ☒ أعزب ☐ 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 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؟	1
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، التهاب الكبد الفيروسي، المرمون سي، حصوات المرارة، الفشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليفي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد.	2
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: التشنج الدماغي، اضطراب الخلايا المنحلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، صمور العضلات الشوكية، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشير، مرض التليف الكيسي، التليف الكيسي، هيموكروماتوزيس، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقية الوراثية.	3
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: المياه البيضاء، مياه ررقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية.	4
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 الفقرافي (الدبشك)، انحراف العمود الفقري، التهاب المفاصل أو تمزق الأربطة.	5
6.	Pregnant Females only: Current single pregnancy. Current single pregnancy with previous CS delivery. Current multiple pregnancy. Expected delivery date:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input 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:	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 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
		0530560220			1102136734	EMPLOYEE	M

Undertaking	الإقرار والتعهد
<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. 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 وبناءً 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 لتقييم المخاطر. أوافق على أحقية بوبا العربية في رفض المطالبة أو التعطية كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي تشرّط قبل تاريخ التعاقد أو قبل تسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد. أقر بأن قد قرأت وفهمت 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. عدم تعبئة بيانات الطول والوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحية السمنة المفرطة.

Entity's stamp:	ختم جهة العمل:	Employee Signature:	توقيع الموظف:	Date:	التاريخ:
				2021 / 10 / 5	

• 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 employee instead of the employer.

• عند تجديد الوثيقة فإن شركة التأمين لا تطلب نموذج الإفصاح لأي مؤمن له قد تم تأمينه لمدة 11 أشهر.
• شركة التأمين غير مؤهلة لطلب نموذج الإفصاح الطبي للأطفال المولودين عند إضافتهم إلى وثيقة التأمين الصحي السارية.
• في حال الحاجة، يجب تعبئة نموذج إضافي.
• من غير القانوني توقيع هذا النموذج باسم الموظف بدلاً من جهة العمل.