Bupa Munshaat

بوبا منشآت

# Medical Declaration

# نموذج الإفصاح الطبي

# نموذج إفصاح طبي
# Medical Declaration Form

بوبا منشآت للمنشآت الصغيرة والمتوسطة

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

**Addition** ☐ إضافة — **New** ☐ جديد

**Employee Name:**_____ :اسم الموظف — **ID No.:** _____ :رقم الهوية

**Entity Name:**_____ :اسم المنشأة — **Mobile No.:** _____ :رقم الجوال

**Gender:** _____ :الجنس — **Nationality:** _____ :الجنسية

**Policy No./ CR No.:** _____ :رقم الوثيقة/ السجل التجاري — **Marital Status:** _____ :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 | برجى 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. | ☐ | ☐ | هل تم التنويم بالمستشفى خلال اخر 12 شهر؟ | .1 |
| 2. | Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases **limited to:** Autism, benign tumor (Breast tumors, fibroid uterus, benign prostatic hyperplastia, 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, Sever 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) | ☐ | ☐ | 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 الجار الدرقية، أورام الكبد، أورام القولون)، أمراض القلب التالية (أمراض شرايين القلب، فشل عضلة القلب ، الرجفان القلبي، جلطات القلب)، الالتهاب الكبدي الفيروسي المزمن (سي)، 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 كرونز، التهاب القولون التقرحي، التصلب اللويحي، حساسية القمح) | .2 |
| 3. | Have you been diagnosed with any of the following congenital disorders or hereditary diseases **limited to:** Cerebal 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. | ☐ | ☐ | هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط: الشلل الدماغي، اضطراب الخلايا المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، ضمور العضلات الشوكي، تشوهات الأعضاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، التكسر الفولي G6PD ، التليف الكيسي للرئة، مرض تكدس الحديد (هيموكروماتوسيس)، مرض ويلسون، تكيس الكليتين الخلقي الوراثي. | .3 |
| 4. | Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, Retinal diseases | ☐ | ☐ | هل تم تشخيصك بأي من امراض العين التالية فقط : مياه بيضاء، مياه زرقاء، امراض 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, ostreoarthritis (Moderate or severe). | ☐ | ☐ | هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الانزلاق الغضروفي (المتوسط أو المتقدم)، انحراف العمود الفقري (المتوسط أو المتقدم)، احتكاك المفاصل المتوسط أو المتقدم أو تمزق الأربطة | .5 |
| 6. | **Pregnant Females only:** | | | **للأنثى الحامل فقط:** | .6 |
| | Current single pregnancy. | ☐ | | حمل حالي جنين واحد. | |
| | Current single pregnancy with previous CS delivery. | ☐ | | حمل حالي مع قيصرية سابقة. | |
| | Current multiple pregnancy. | ☐ | | حمل حالي متعدد الأجنة. | |
| | **Expected delivery date:** | يوم/ شهر/ سنة | | **تاريخ الولادة المتوقع:** | |

**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 اضافتهم**
**(الرجاء الافصاح في حال وجود اي حالة طبية لديك أو لدى احد افراد 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 أفراد العائلة Dependent Name |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

**Undertaking**

- 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.

**الإقرار والتفويض:**

- 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 كلياً عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشأت قبل تاريخ التعاقد أو قبل تسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد.
- أقر بأني قد قرأت وفهمت جميع ماجاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم إشارتي أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نفي وجود مايستحق الإفصاح عنه وعليه أوقع.
- أقر أن عدم تعبئة بيانات الطول والوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحة السمنة المفرطة.

| Entity Stamp: | ختم جهة العمل: | Employee Signature: | توقيع الموظف: | Date: | التاريخ: |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

- Upon renewal of the policy, the insurer shall not request a declaration form for any insured who has been insured for 11 months.
- If you need to add more dependents, an additional form should be filled.
- It is illegal to sign this form by any one but the policyholder or legal representative
- 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 diseases outcomes quality initiative (KDOQI) clinical practice guideline classification.
** Scoliosis cobb angle more than 10 degrees or scoliometer more than 5 degree.

- عند تجديد الوثيقة فإنه لا يحق للشركة طلب نموذج إفصاح لأي مؤمن له مضى عليه (١١) أشهر.
- في حال الحاجة لاضافة تابعين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد.
- عدم نظامية قيام أي أحد بتوقيع النموذج الا رب/ة الأسرة أو الوكيل الشرعي.
- يحق ل بوبا العربية رفض التغطية كليا لحالات الإفصاح المتعلقة بالبنود المذكورة بالمزذج.

*وفقا لتصنيف الصادر عن مؤسسة نتائج أمراض الكلى و مبادرة الجودة KDOQI.
**جنف كوب بزاوية أكثر من 10 درجات أو سكوليومتر أكثر من 5 درجات.



3538 Al-Khalidiyah-Nour Al Ehsan, Unit 1
Jeddah 7505-23423, Kingdom of Saudi Arabia
Contact us at 920 000 456

Product ID: A-BUPA-2-C-19-002

Internal