



# 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.

**عزيزي المؤمن عليه:**  
أمل في أنك ستعبئة هذا النموذج بالشكل الصحيح لغرض التسعير وإصدار حصولك على خدمات الرعاية الصحية بالشكل المطلوب حسب مافع الوثيقة الموحدة.

Date: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ 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	يرجى الإجابة عن وجود أي من الحالات أدناه بـ (نعم) أو (لا) لدى أحد أفراد العائلة، بوضع إشارة ✓ في المربع تحت كلمة (نعم).
1.	Any hospital admission during the last 12 months.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم التوجه بالمستشفى خلال آخر 12 شهراً؟
2.	Have you been diagnosed with any of the following chronic diseases <b>limited to:</b> Aulism, 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 type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض المزمنة التالية فقط: التوحد، الأورام السرطانية، الأورام الحميدة التالية (أورام الثدي، أورام الرحم اللبيبي، تضخم البروستات الحميد، أورام أو تضخم الغدة الدرقية و الغار الدرقية، أورام الكبد، أورام القولون)، أمراض القلب التالية (أمراض تشريش القلب، فشل عضلة القلب، الرجفان القلبي، حطاط القلب)، التهاب الكبد الفيروسي المزمن (سبي)، حصوات المرارة، الفشل الكلوي الشديد (المرحلة الخامسة من أمراض الكلى، الترشيح الكلوي أقل من 15 مل/دقيقة*)، حصوات المسالك البولية، العنق، أمراض المناعة الذاتية (الذئبة الحمراء، التهاب المفاصل الروماتيزمية، الصدفية، مرض كرون، التهاب القولون الالتهابي، التهاب اللويحي، حساسية الفمخ)
3.	Have you been diagnosed with any of the following congenital disorders or hereditary diseases <b>limited to:</b> 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 type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية التالية فقط: الشلل الدماغي، اضطراب الحملات المنجلية، الثلاسيميا، الهيموفيليا، أمراض التمثيل الغذائي، استسقاء الرأس، صغور العضلات الشوكية، تشوهات الأضغاء التناسلية، أمراض الكروموسومات، مرض غوشر، التكسير الفولي G6PD، التليف الكيسي للثة، مرض نكدس الحديد (هيموكروماتوسيس)، مرض ويلسون، نكدس الكالسيوم الخلقي الوراثي.
4.	Have you been diagnosed with any of the following eye diseases limited to: Cataract, Glaucoma, Retinal diseases	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العين التالية فقط: مياه بضاء، مياه خضراء، أمراض التشككية
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 type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل تم تشخيصك بأي من أمراض العظام التالية فقط: الأرقاق الصدغية (المتوسطة أو المتقدمة)، إحتكاك المفاصل المتوسطة أو المتقدمة أو تعرف الأربطة
6.	<b>Pregnant Females only:</b> Current single pregnancy. Current single pregnancy with previous CS delivery. Current multiple pregnancy. <b>Expected delivery date:</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>الأنثى - الحوامل فقط:</b> حمل حالي حسن واحد. حمل حالي مع فصيرة سابقة. حمل حالي متعدد الأحمه. <b>تاريخ الولادة المتوقع:</b>

Employee and dependents' details that need to be added (Please declare whether there is a medical condition for you or any family member) **بيانات المرؤدين 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	اسم الموظف/ أفراد العائلة Employee/ Dependent Name

**Undertaking** **الإقرار والموحي:**

- 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.

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 التعطية كلياً عند عدم الإفصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي تمتاز قبل تاريخ التعاقد أو قبل تسجيل أو إضافة مؤمن له خلال فترة سريان العقد.

أقر بأنني قد قرأت وفهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم إشارتي أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة تعمي في وجود ما يستحق الإفصاح عنه وعليه أوافق.

أقر أن عدم تعبئة بيانات الطول والوزن سيؤدي إلى رفض تغطية تكاليف عملية جراحية السمنة المفرطة.

Entity Stamp: **شركة مقر أدوبي الإقليمية**  
**Adobe Regional Headquarters**  
(Single-Shareholder Limited Liability Company)  
س.ت : 1009035868

Employee Signature: \_\_\_\_\_ توقيع الموظف: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_

• عند تجديد الوثيقة فإنه لا يلحق بالمشورة طلب نموذج إفصاح لأي مؤمن له مضي عليه (11) أشهر.  
• لا يلحق أفراد العربية طلب نموذج إفصاح طبي للموالميد الجدد عند إضافتهم على وثيقة التأمين لصحة الإسراءه لنفس شركة تأمين ما لم تكن الأم على وثيقة تأمين أخرى.  
• في حال الحاجة لإضافة تأمين أكثر يتم تعبئة نموذج جديد.  
• عدم تعبئة أرقام صاحب العمل بالموذج بدلاً عن المؤمن له تبعاً لنهجه المسؤولية المشورة.  
• حتى الموالميد العربية والتي حالات عدم الإفصاح أثناء التغطية بالشو المذكورة بالموذج.  
• وفقاً لتبنيف العامر عن مياسسة نتائج لمراسي الكلي وساربه الجوده (KIDOOQ).  
•• جف كوب زاوية أكثر من 10 درجات أو سكلوميتر أكثر من 5 درجات.