

## نمـــوذج إفــصــاح طـبـي Medical Declaration Form

Declaration Part 1: Typ										تاريخ الإفصاح: القسم ا: نوع الط	
Part 2: Det	ails	فة Addition	Ren إضا	ew	تجدي	New [	ندید	,	J.	القسم ۲: تفاصي	
Company N	Name:	نشأة:	إنتيم اله	CR No.:			اري:	رقم السجل التجا			
رقم الملف MR No.	اسم المستشف <i>ى</i> Hospital Name	الحالة المفصح عنها Condition No.	تهاء الهوية رقد ID Expiry	تاريخ إ	رقم الهوية ID No.			البيم الموظف كما يظهر بالبطاقة Employee name as it appears on ID			
THE ITO.	riospital Name	Condition 140.	15 EXPITY	Dute		15 110.	, , , , , ,			313 011 15	
Please dec	lare any of below cases by		:0	ي المربع المرادف	نبارة 🗸 فم	د ات أدناه بوضع إن <sup>ا</sup>	ن وجود أي من الحالا	ر يرجى الإفصاح ع			
			No / V	Ye	Yes / צפ						
1. Any hospital admission during the last 12 months.						ا. هل تم التنويم بالمستشفى خلال آخر ١٢ شهر؟					
2. Do you have chronic disease <u>limited to</u> : Benign Tumor, Cancer, Heart Disease, Chronic Hepatitis, Gallstones, Kidney Failure, Unrinary Tract Stones, Thyroid Goiter, Cysts, Fibroid Uterus, Hernias, Autoimmune Diseases or Multiple Sclerosis?						<ul> <li>٦. هل لديك أي من الأمراض المزمنة التالية <u>فقط</u>: الأورام الحميدة، السرطان، أمراض القلب، الإنتهاب الكبدي الغيروسي المزمن، حصوات المرارة، الغشل الكلوي، حصوات المسالك البولية، تضخم الغدة الدرقية، التكيسات، ورم ليغي بالرحم، الفتق، أمراض المناعة الذاتية أو التصلب المتعدد؟</li> </ul>					
3. Do you have congenital disorders or hereditary diseases. (Diseases that affect the individual during fetal life or diseases resulting from genetic defect or disorder or transmitted from one generation to another?								<ul> <li>س. هل لديك أي من الأمراض الوراثية أو التشوهات الخلقية (الأمرا أثناء المرحلة الجنينية أو الأمراض الناتجة عن خلل أو اضطراب الج جيل إك آخر)؟</li> </ul>			
4. Do you have eye disease <u>limited to</u> : Cataract, Glaucoma, Corneal Disease or Retinal Disease?					رنية		<ul> <li>ع. هل لديك أي من أمراض العين التالية <u>فقط</u>: مياه بيضاء، مياه زرقاء، أمراض القرنية أو أمراض الشبكية؟</li> </ul>				
5. Do you have bone disease <u>limited to</u> : Vertebral disc prolapse, Scoliosis, Arthritis or Ligament tears?						<u>فقط</u> : الإنزلاق الغضروفي (الديسك)، انحراف ى الأربطة؟			0. هل لديك أي من أمراض العظام التالية العامود الفقري، التهاب المفاصل او تمر		
6. <u>Pregnant Females only:</u> Current single pregnancy. Current single pregnancy with previous CS delivery. Current multiple pregnancy.									<ul> <li>للأنثى الحامل فقط:</li> <li>حمل حالي جنين واحد.</li> <li>حمل حالي مع قيصرية سابقة.</li> <li>حمل حالي متعدد الأجنة.</li> </ul>		
Expected	delivery date:	/ /	تاريخ الولادة المتوقع:								
Dependen	ts Details							تفاصيل التابعين			
رقم الملف MR No.	البيم المستشفى Hospital Name	رقم الحالة المفصح عنها Condition No.	يم الهوية #ID	رق		الجنس صلة القرابا elationship Gender		I	إسم التابع Dependent Name		
			1 100								
Note: Please attach a recent medical reports for each condition. ملاحظة: الرجاء إرفاق كافة التقارير الطبية لكل حالة.											
We attest that the insured employee personally filled-out this form and signed it on his/her own behalf and on behalf of his/her dependents. If it is proved otherwise, we will be held responsible for all the financial costs and damages resulting from this.					نشهد بقيام المؤمن له بتعبئة نموذج الإفصاح و التوقيع أصالة عن نفسه و نيابة عن أفراد أسرته، ونتعهد في حال ثبوت خلاف ذلك بمسؤوليتنا بتحمل جميع الأضرار والتكاليف المالية الناتجة عن ذلك.						
This declaration has been issued in both Arabic and English. In the event of discrepancy in the interpretation of the two texts, the Arabic text prevails.					ـــــــــــــــــــــــــــــــــــــ						
In case of a	a "Yes" answer on any case								م على اي حالة	في حال الإجابة بنع	
Undertaking:  1. I hereby undertake that all above information is correct and the acceptance of my enrolment will be on the basis of such information and that Bupa Arabia for Cooperative Insurance has the right to contact the hospital(s) I deal with to collect any medical information needed to assess the risk(s).					الإقرار والتغويض: ١. أقر أن البيانات و المعلومات المذكورة أعلاه كاملة وصحيحة وبناء عليه فإن قبول الطلب سيتم على أساس هذه البيانات وأن شركة بوبا العربية للتأمين ا لتعاوني لها الحق في الإتصال بالمستشفيات التي أتعامل معها لتزويدها بأي معلومات طبية قد تحتاج إليها لتقييم المخاطر.						
2. I agree that Bupa Arabia for Cooperative Insurance has the right to reject the coverage/claims in full in case of no declaration of any case(s) prior to the contractual date or before enrolling or adding a new member during the contract.					<ul> <li>٦. أوافق على أحقية شركة بوبا العربية للتأمين ا لتعاوني في رفض المطالبة أو التغطية كلياً عند عدم الافصاح عن وجود أي من الحالات المذكورة أعلاه التي نشئات قبل تاريخ التعاقد أو قبل تسجيل أو إضافة عضو خلال فترة سريان العقد.</li> </ul>						
3. 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.					٣. أقر بأتي قرأت وفهمت جميع ما جاء في هذا النموذج كما أتعهد بأن عدم إشارتي أمام أي من الحالات المذكورة أعلاه يعتبر بمثابة نغي وجود ما يستحق الإفصاح عنه وعليه أوقع.						
Entity			ة العمل	Star جھ	np			الختم	Employee	توقيع الموظف	
تأمين: : GS Name:			ـم مسئول التأمين:	اس					Signature	الموصف	
Signature	:		وقیع:	التر							