

Short Health Questionnaire نموذج الأسئلة الطبية

Name : عبد الرحمن حسن الاسم
 DOB : 14/2/1981 تاريخ الميلاد
 Gender : ♂ الجنس
 National ID : 1-810390-2 رقم الهوية
 Height (in c.m.) : 170 الطول (بسم)
 Weight (in Kgs) : 75 الوزن (بكم)

Please tick (/) the appropriate response.
 (If answer to any of the questions below is "yes", please provide details including dates of consultation, treatment, name and address of the medical examiner) in the space provided after last question.
 الرجاء وضع علامة (/) امام الاختيار المناسب.
 اذا كان جوابك (نعم) لأي من الاسئلة التالية الرجاء تزويدنا بالتفاصيل (متضمنا تاريخ: المواعيد، العلاج، اسم وعنوان الطبيب) في المكان المحدد بعد السؤال الاخير.

SI	Questions	Response		الاسئلة
		No	Yes	
1.	Are you now in good health and entirely free from any physical or mental impairments or disabilities?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	هل انت الان في صحة جيدة تماما وخالية من أية اعاقة جسدية او عقلية؟
2.	Have you ever suffered from (or are you currently suffering from or being treated for) any conditions such as:			هل سبق ان عانيت من الامراض التالية (او لك تعاني حاليا او تتلقى علاجاً) ؟:
	Diabetes?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	« السكري؟
	Heart disease or High Blood pressure or Chest pain?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	« امراض القلب، ضغط الدم او ألم في الصدر؟
	Cancer or tumour of any kind?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	« السرطان او أي نوع من انواع الاورام؟
	Any disease of stomach, liver, gall bladder or intestines?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	« أي مرض من المعدة او الكبد او الجهاز الهضمي؟
	Any disease of the kidneys?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	« أي نوع من امراض الكلى؟
	Any neurological or psychiatric conditions, stroke or paralysis?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	« أي امراض عصبية او اضطرابات نفسية او سكتة دماغية او شلل؟
	Any disease of the lungs such as asthma or bronchitis?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	« أي مرض في الرئة مثل الربو او التهاب الشعب الهوائية؟
3.	Any other medical condition for which you were hospitalized, or received medical treatment, other than for minor conditions such as cold or flu?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل سبق ان عانيت من أي حالة طبية لحرى استلزمت ملازمة المستشفى او تلقي علاجاً، فيما عدا الامراض العارضة البسيطة مثل الانفلونزا او السعال؟
4.	Has any previous proposal for life, disability or critical illness insurance cover ever been postponed, declined or accepted on special terms?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل سبق وطُلبت التأمين على حياتك، وتم رفض او تأجيل او قبول التأمين بشروط خاصة لاسباب المعجز، او وجود أية امراض مزمنة

Details if any of the above question is answered in "yes" اذا كانت الاجابة بدعم على أي من الاسئلة السابقة يرجى ذكر التفاصيل

أقر أن أنا بكامل الأهلية المعتبرة شرعا ونظما بأن كل ما سبق اعلانه من اجابات وإفادات تعد صحيحة، وأني لم أقم بالخفاء أو تغيير أي حقائق عن حالتي الصحية الحالية أو السابقة أو أي معلومات أخرى ذات صلة بطلب التمويل. وأن هذه الاسئلة والإفصاحات تشكل جزءاً من طلب التمويل العقاري المشتمل على الاستبيان الطبي وعقد التمويل ذي الصلة. كما أقر بأنه في حال ثبوت عدم صحة أي من المعلومات أو البيانات أو الاجابات أو عدم دقتها، فإنه لن يتم اعطائي من المديونية. وأبني على دراية تامة وغير قابلة للنقض بأن مصرف الراجحي أو الشركات التابعة لهم غير مسؤولين عن تغطية التعويضات الخاصة بحسابي والنتيجة عن الوفاة أو العجز مادامت الوفاة أو العجز كانت ناتجة عن معلومات معروفة لدي قبل التوقيع على الاستبيان الطبي ولم أقم بالإفصاح عنها، وليس لي الحق ولا لورثتي من بعدي بالمطالبة بأي حقوق بالمبالغ أو التعويضات، كما أقر بأنه لا يحق لي أو لورثتي المطالبة بالإعفاء من أي مبالغ مستحقة للمصرف بموجب عقد التمويل العقاري.

Authorisation تفويض

I, the undersigned, hereby fully authorize Al Rajhi Bank or it nominated agency, to inquire about my state of health and its evolution. Therefore, I ask the hospital administration and my treating doctor(s) to assist and provide them, by Telefax or other means, with all requested information current and past, as well as my medical file and copies of records if needed.
 انا الموقع ابدانه، افوض مصرف الراجحي او موكلها للاستفسار عن حالتي الطبية. لذلك أوافق واصرح لأي طبيب أو مستشفى أو مركز طبي قام بفحوصي سابقاً أو مستقبلاً، سواء تم ذكر اسمه في الطلب أو لم يتم، بالإفصاح لمصرف الراجحي عن أي معلومات طبية تتعلق بحالتي الصحية بما في ذلك النتائج والتحاليل، إصفاة إلى ذلك الملف الطبي ونسخه من المحلات اذا لزم الأمر.

Signature : : التوقيع
 Name : : الاسم
 Date : : التاريخ
 Place : : الفرع

إقرار بعدم أحقية العميل باستعادة رسوم التقييم العقاري

أقر أنا العميل [عليه حسن خضر] هوية وطنية/إقامة رقم [١٠٨١٥٢٩٥٠٢]، بأنه يحق لمصرف الراجحي ("المصرف") خصم رسوم التقييم العقاري من حسابي الشخصي، فيما يخص طلب الحصول على التمويل العقاري المقدم مني للمصرف بتاريخ [تفوه]، بشأن تمويل عقار من نوع [تفوه]، والمسجل بالصك رقم [تفوه].
كما أقر بأنه لا يحق لي مطالبة المصرف بإعادة رسوم التقييم العقاري المخصصة من حسابي أو المدفوعة من قبلي؛ وذلك في حال عدم إتمامي لإجراءات التمويل العقاري وتوقيع العقود والمستندات التي يحددها المصرف؛ لأسباب عائدة لي.

اسم العميل: عليه حسن خضر
رقم الهوية: ١٠٨١٥٢٩٥٠٢
التوقيع: عليه حسن خضر
التاريخ: ١٤٤٦/٢/٢٣

مرفق التوجيه 20164