

نموذج الموافقة المبدئية

التاريخ: / /
الموافق: / /

الموضوع : عرض مبدئي

السيد/هـ [] المحترم/هـ

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته،،

بناء على الطلب المقدم من قبلكم للحصول على تمويل عقاري، نود احاطتكم بأنه بعد الدراسة المبدئية للطلب فإنه تم قبول الطلب مبدئياً، وذلك حسب التالي:

مبلغ التمويل	مدة التمويل
الرسوم الادارية	مبلغ القسط
هامش الربح السنوي	نوع التمويل
مدة التمويل	معدل النسبة السنوي
كلفة الأجل	الدفعة الإيجارية المقدمة

الشروط الاضافية:

تقديم جميع المستندات الثبوتية التي سيتم طلبها.

تقييم العقار من قبل الشركة.

الموافقة النهائية.

أمل توقيعكم في حال موافقتكم على العرض المبدئي المقدم و تقديم كافة المستندات الخاصة بالتمويل ليتم استكمال اجراءات رفع الطلب علما ان العرض يعتبر مبدئي وقابل للتغير حسب المعطيات المقدمه من طرفكم الخاصه بدراسة الطلب من جهة الاختصاص.

شركة مسار النمو للتمويل – مدير
المنطقة

علي حسين المكيينة

مقدم الطلب
التوقيع

[]

[]



اسمك: **علي حسين المكيانة** ذكر تاريخ الميلاد: **1/7/1394**
 تفصيل الوظيفة الحالية: **بائع** الجنسية: **سعودي**
 الطول: **١٧٥** م الوزن: **٨٤** كجم ضغط الدم: _____ الاعلى: _____ الاخفض: _____

الرقم السؤال
1 هل لديك عقود تأمين على الحياة أو تكافل حالية مع شركتنا أو مع شركات تأمين أخرى أو مشغلي تكافل؟ إذا كانت الإجابة بنعم، فيرجي تقديم التفاصيل باستخدام الجدول التالي:

اسم الشركة	مبالغ التغطية	نوع الوثيقة	سنة الإصدار

2 هل أنت حاليًا غير قادر على العمل؟
 3. حدد السنوات الخمس الماضية، هل تدر عليك حشمت لأكثر من 30 يومًا متتالية؟
 4. هل تعاني أو سبق أن عانيت من أي من:

- (a) ارتفاع ضغط الدم ، الأام الصدر، سكتة دماغية أو أية أمراض بقلب أو الجهاز للدوري؟
 (b) تضخم بالخد أو أي نوع من السرطان أو الأورام أو أية أمراض بالدم؟
 (c) مرض السكري، أو أية أمراض بالكلى، للكبد أو المثانة؟
 (d) أية أمراض بالمعدة أو الأمعاء؟
 (e) أية أمراض بالمفاصل أو العمود الفقري؟
 (f) ضيق بالتنفس، ربو صديري، التهاب شعبي أو أية أمراض بالرئة أو الجهاز التنفسي؟
 (g) صرع، إغماء (تده الوعي المؤقت)، حالات صناع متكررة أو صدمة عصبية ؟
 (h) أي مرض، إصابة أو اعاقه غير منكرة بأطى؟

- في حالة الإجابة بنعم الرجاء إعطاء التفاصيل عن (التاريخ، المدة، العلاج، اسم/مخون الطبيب المعالج)
 5. هل سبق لك أن أصيبت بجروح خطيرة؟
 6. هل أجريت لك عملية جراحية أم تصحمت بإجراء عملية جراحية؟
 7. هل تناولت أو هل تتناول أو دواء لأي مرض أو اضطراب؟
 8. هل توري طلب المشورة الطبية أو للعلاج أو إجراء أي اختبارات طبية؟
 9. هل أثبتت إصابتك بفيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز أو التهاب الكبد B أو C ، أو هل تم اختبارك / علاجك للأمراض الأخرى المتعلقة عن طريق الاتصال الجنسي أو هل تتنظر نتيجة هذا الاختبار؟ إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى تقديم تفاصيل.
 10. هل قمت بتسخين أي سجاتر خلال الـ 12 شهرًا الماضية؟ إذا كانت الإجابة بنعم ، أنكر كم في اليوم؟
 11. هل لديك أي خلل في الرؤية أو السمع؟ إذا كانت الإجابة بنعم ، أنكر إلى أي مدى.
 12. هل تشرب الكحول؟ إذا كانت الإجابة بنعم ، أنكر نوع وكمية اليوم.
 13. هل توني أو على أي من والديك أو إخوانك أو أهلك من أمراض القلب أو اللبوة الدموية أو السرطان أو مرض السكري أو أمراض الكلى أو الاضطرابات الوراثية قبل سن 65؟ إذا كانت الإجابة بنعم ، يرجى الإشارة أيضا في أي عمر حدث هذا.

15. هل توري المشاركة في نشاط خطير (مثل القوص) أو الطيران بخلاف الركاب في الخدمات المجدولة؟
 16. هل تم رفض أو تأجيل أو قبول أي طلب للتأمين على حياتك (الحياة ، الحوادث ، الصحة) بشروط خاصة؟

يرجى إعطاء آناه تفاصيل كاملة لأي إجابة بنعم ، بما في ذلك تاريخ ومدة أي نوع من أنواع المرض وعلاجه ، وأطباء استشاريون ، وأنواع الرياضة. استخدام ورقة منفصلة إذا لزم الأمر

أقر هنا بأنني بصحة جيدة باستثناء إذا ذكر ما عدا ذلك في البيان أعلاه
 هام: قبل التوقيع على هذا النموذج ، يرجى التحقق من أن الإجابات الواردة في هذا النموذج كاملة وصحيحة. إهمال أو إجابة غير صحيحة قد تبطل الوثيقة.

التوقيع: _____ التاريخ: ٢٠٢٤/١/١٨