تكافل الراجحي
Al Rajhi Takaful

استبيان طبي

الاسم علي حسين المكينة الجنس ذكر تاريخ الميلاد 1/7/1394

تفاصيل الوظيفة الحالية بائع ١٧٥ الجنسية سعودي

الطول _____ سم الوزن ٨٤ كجم ضغط الدم _____ الاعلى _____ الادنى _____

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

اسم الشركه	مبلغ التغطية	نوع الوثيقة	سنة الاصدار

2.	هل أنت حاليا غير قادر على العمل؟	☐	☑
3.	خلال السنوات الخمس الماضية ، هل تأثر عيك العمل لأكثر من 30 يوما متتالية؟	☐	☑
4.	هل تعاني أو سبق أن عانيت من أي من :		
a)	ارتفاع ضغط الدم ، ألم الصدر ، سكتة دماغية أو أية أمراض بالقلب أو الجهاز الدوري؟	☐	☑
b)	تضخم بالغدد أو أي نوع من السرطان أو الأورام أو أية أمراض بالدم؟	☐	☑
c)	مرض السكري، أو أية أمراض بالكلى، الكبد أو المثانة؟	☐	☑
d)	أية أمراض بالمعدة أو الأمعاء؟	☐	☑
e)	أية أمراض بالمفاصل أو العمود الفقري؟	☐	☑
f)	ضيق بالتنفس، ربو صدري، التهاب شجي أو أية أمراض بالرئة أو الجهاز التنفسي؟	☐	☑
g)	صرع، إغماء (فقد الوعي المؤقت)، حالات صداع متكررة أو صدمة عصبية ؟	☐	☑
h)	أي مرض، إصابة أو اعاقة غير مذكورة بأعلى؟	☐	☑

في حالة الإجابة بنعم الرجاء إعطاء التفاصيل عن (التاريخ، المدة، العلاج، اسم/عنوان الطبيب المعالج)

5.	هل سبق لك أن أصبت بجروح خطيرة	☐	☑
6.	هل أجريت لك عملية جراحية أم نصحت بإجراء عملية جراحية ؟	☐	☑
7.	هل تناولت أو هل تعالج أو دواء لأي مرض أو اضطراب؟	☐	☑
8.	هل تنوي طلب المشورة الطبية أو العلاج أو إجراء أي فحوصات طبية؟	☐	☑
9.	هل أثبتت إصابتك بفيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز أو التهاب الكبد B أو C ، أو هل تم اختبارك / علاجك للأمراض الأخرى المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي أو هل تنتظر نتيجة هذا الاختبار ؟ إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى تقديم تفاصيل.	☐	☑
10.	هل قمت بتدخين أي سجائر خلال الـ 12 شهرًا الماضية؟ إذا كانت الإجابة بنعم ، اذكر كم في اليوم؟_____	☐	☑
11.	هل لديك أي خلل في الرؤية أو السمع؟ إذا كانت الإجابة بنعم ، اذكر إلى أي مدى._____	☐	☑
12.	هل تشرب الكحول؟ إذا كانت الإجابة بنعم ، اذكر نوع وكمية اليوم._____	☐	☑
13.	هل توفي أو عانى أي من والديك أو إخوتك أو أخواتك من أمراض القلب أو الدورة 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.	☐	☑
14.		☐	☑
15.	هل تنوي المشاركة في نشاط خطير (مثل الغوص) 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 أثناء 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.

التاريخ ٢٠٢٤/١/١٨ التوقيع _____