تكافل الراجحي
Al Rajhi Takaful

استبيان طبي

الاسم _____ الجنس _____ تاريخ الميلاد _____

تفاصيل الوظيفة الحالية _____ الجنسية _____

الطول _____ سم الوزن _____ 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:	☐	☐
2.	هل أنت حاليا غير قادر على العمل؟	☐	☐
3.	خلال السنوات الخمس الماضية ، هل تأخر عليك العمل لأكثر من 30 يوما متتاليا؟	☐	☐
4.	هل تعاني أو سبق أن عانيت من أي من :		
a)	ارتفاع ضغط الدم ، آلام 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 شعبي 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 اختبارات طبية؟	☐	☐
9.	هل أثبتت إصابتك بفيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز أو التهاب الكبد B أو C ، أو هل تم اختبارك / علاجك للأمراض	☐	☐
10.	الأخرى المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي أو هل تنتظر نتيجة هذا الاختبار ؟ إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى تقديم تفاصيل.	☐	☐
11.	هل قمت بتدخين أي سجائر خلال الـ 12 شهرًا الماضية؟ إذا كانت الإجابة بنعم ، اذكر كم في اليوم؟_____	☐	☐
12.	هل لديك أي خلل في الرؤية أو السمع؟ إذا كانت الإجابة بنعم ، اذكر إلى أي مدى_____	☐	☐
13.	هل تشرب الكحول؟ إذا كانت الإجابة بنعم ، اذكر نوع وكمية اليوم_____	☐	☐
14.	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.	☐	☐
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 _____ التوقيع _____

المركز الرئيسي ، بلاتينيوم سنتر ، الطابق الثالث ، شارع الستين ، الملز . ص.ب : ٦٧٧٩١ . الرياض ١١٥١٧ . المملكة العربية السعودية . هاتف: ٤٧٥٢٢١١ ١١ ٩٦٦+ فاكس: ٤٧٥٥٠١٧ ١١ ٩٦٦+
Head Office : Platinum Centre, 3rd Floor, Setteen Street, Al Malaz, P.O.Box 67791, Riyadh 11517,KSA. Tel.: +966 11 4752211; Fax: +966 11 4755017
Al Rajhi Co for Cooperative Insurance alrajhitakaful.com شركة الراجحي للتأمين التعاوني
سجل تجاري ١٠١٠٢٧٠٣٧١ C.R 1010270371

الممسوحة ضوئيا بـ CamScanner