



مصرف المشاركة الإسلامي – البرنامج التكافلي

نموذج الأسئلة الطبية

السيد الأتسة السيدة

الاسم الثلاثي:

اليوم / الشهر / السنة التاريخ الميلاد

الطول سم

الوزن كجم

أعلى / أدنى قياس ضغط الدم

الوظيفة (صف بوضوح):

العنوان: رقم الجوال/البريد الإلكتروني:

الورث الشرعي: صلة القرابة:

الوضع الاجتماعي: أعزب متزوج أرمل مطلق أو منفصل

لا	نعم	1. هل لديك تأمين ساري على الحياة حالياً أو عقود تكافلية مع شركة أبوظبي الوطنية للتكافل أو مع شركات تأمين أخرى أو شركات تكافلية؟ إذا كانت الإجابة "نعم"، يرجى تقديم التفاصيل عبر ملء الجدول الآتي:												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>اسم الشركة</th> <th>مبلغ التأمين</th> <th>نوع الوثيقة (الوثائق)</th> <th>تاريخ الإصدار</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	اسم الشركة	مبلغ التأمين	نوع الوثيقة (الوثائق)	تاريخ الإصدار								
اسم الشركة	مبلغ التأمين	نوع الوثيقة (الوثائق)	تاريخ الإصدار											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. هل أنت عاجز عن العمل حالياً؟												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. هل كنت عاجزا عن القيام بعمل لمدة ثلاثين (30) يوماً متتالية خلال السنوات الخمس (5) الماضية؟												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. هل سبق لك أن عولجت أو هل تخضع حالياً لعلاج من: ارتفاع ضغط الدم، احتشاء عضلة القلب، الأمراض الصدرية، أمراض الكلى، الاضطرابات الغذائية، القرحة، الانهيار العصبي، الانزلاق الغضروفي، الشلل، الغيبوبة، مرض السكري، ارتفاع الكوليسترول، نقص المناعة المكتسبة (الإيدز)، الأورام، السرطان، العجز أو أي مرض آخر خطير.												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. هل سبق لك أن أصبت بجراح خطيرة؟												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. هل خضعت سابقاً لعملية جراحية أو تم نصحك بالقيام بعملية جراحية ما؟												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. هل قمت بأخذ أو هل تأخذ الآن أي من العلاجات أو الأدوية لأي من الأمراض أو الاضطرابات؟												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. هل تنوي طلب مشورة طبية أو الخضوع لعلاج أو قمت بإجراء فحوصات طبية؟												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. هل اتضح إصابتك بالإيدز أو التهاب الكبد الوبائي B أو C، أو هل تم الفحص/العلاج من الأمراض الأخرى التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي أو هل تنتظر نتيجة مثل ذلك من الاختبارات؟ إذا كانت الإجابة "نعم"، يرجى تقديم التفاصيل.												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. هل قمت بتدخين السجائر خلال الأشهر الإثني عشر (12) الماضية؟ إذا كانت الإجابة "نعم"، اذكر الكمية في اليوم الواحد.....												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. هل تعاني من الضعف في السمع أو البصر؟ إذا كانت الإجابة "نعم"، اذكر إلى أي مدى.....												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. هل تتناول الكحول؟ إذا كانت الإجابة "نعم"، اذكر النوع والكمية في اليوم الواحد.....												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. هل عانى من /أو توفي أحد أبوك أو أخوتك أو أختوك بسبب أمراض في القلب أو الدورة الدموية، السرطان، السكري، أمراض الكلى أو اضطرابات وراثية قبل سن الخامسة والستون (65)؟ إذا كانت الإجابة "نعم"، يرجى تحديد في أي سن حصل الأمر.												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. هل تنوي المشاركة في أي نشاط خطير (مثل الغوص) أو الطيران في غير الحالات التي يدفع فيها الراكب أجرة لخطوط طيران معترف بها أو خدمات تأجير الطائرات.												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. هل تم رفض أي طلب لك للتأمين على حياتك (حياة، حوادث، صحي) في أي وقت مضى أو تم تأجيل التأمين أو قبل طلبك لكن مع قسط إضافي؟												

إذا كانت الإجابة "نعم" على أي من الأسئلة أعلاه، فيرجى تقديم التفاصيل، بما في ذلك موعد العلاج ومدته ونوعه وأسماء وعناوين الأطباء. يمكنك استعمال أوراق إضافية إذا لزم الأمر.

إقرار

أنا، الموقع أدناه، طالب هذا البرنامج التكافلي، أصرح بأنني في صحة جيدة إلا إذا ذكر خلاف ذلك في البيان أعلاه. وأقر بأن المعلومات والأجوبة هي كاملة وصحيحة. وأؤكد أنها صادرة من قبلي أو نيابة عني، وأنها كلها مع نموذج الطلب وأية مستندات أخرى تشكل الأساس للعقد بيني وبين شركة أبوظبي الوطنية للتكافل ش.م.ع. وأقر وأوافق بدون أي شرط أنه لو تم إخفاء أي معلومة جوهرية سوف يبطل هذا العقد وأن مسؤولية شركة أبوظبي الوطنية للتكافل ش.م.ع. سوف تبرا بالكامل تجاهي أنا و/أو تجاه الورث الشرعي بموجب هذا البرنامج.