



Short Health Questionnaire نموذج الأسئلة الطبية

Name : الاسم
DOB : تاريخ الميلاد
Gender : الجنس
National ID : رقم الهوية
Height (in c.m.) : الطول (بسم)
Weight (in Kgs) : الوزن (بـكجم)

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 (متضمناً تواريخ: المواعيد، العلاج، اسم وعنوان الطبيب) في المكان المحدد بعد السؤال الاخير.

Sl	Questions	Response		الاسئلة	م
		No لا	Yes نعم		
1.	Are you now in good health and entirely free from any physical or mental impairments or disabilities?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل انت الان في صحة جيدة تماما وخالية من أية اعاقه جسدية او عقلية؟	1.
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 انك تعاني حاليا او تتلقي علاجاً) ؟ :	2.
	» Diabetes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	« السكري؟	
	» Heart disease or High Blood pressure or Chest pain?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	« امراض القلب، ضغط الدم او ألم في الصدر؟	
	» Cancer or tumour of any kind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	« السرطان او أي نوع من انواع الاورام؟	
	» Any disease of stomach, liver, gall bladder or intestines?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	« أي مرض من المعدة او الكبد او الجهاز الهضمي؟	
	» Any disease of the kidneys?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	« أي نوع من امراض الكلى؟	
	» Any neurological or psychiatric conditions, stroke or paralysis?	<input 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 type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	« أي مرض في الرئة مثل الربو أو 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 type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل سبق ان عانيت من أي حالة طبية أخرى استلزمت ملازمة المستشفى او تلقي علاجاً، فيما عدا الامراض العارضة البسيطة مثل الانفلونزا او السعال؟	3.
4.	Has any previous proposal for life, disability or critical illness insurance cover ever been postponed, declined or accepted on special terms?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل سبق وطلبت التأمين علي حياتك، وتم رفض أو تأجيل أو قبول التأمين بشروط خاصة لاسباب العجز، أو وجود أية امراض مزمنة	4.

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

Declaration: اقرار

أقر وأنا بكامل الأهلية المعتبرة شرعاً ونظماً بأن كل ما سبق أعلاه من إجابات وإفادات تعدّ صحيحة، وأني لم أقم بإخفاء أو تغيير أي حقائق عن حالتي الصحية الحالية أو السابقة أو أي معلومات أخرى ذات صلة بطلب التمويل. وأن هذه الأسئلة 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 الإجابات أو عدم دقتها، فإنه لن يتم اعفائي من المديونية. وإنني 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 ادناه، افوض مصرف الراجحي او موكلها للاستفسار عن حالتي الطبية. لذلك أوافق واصرح لأي طبيب أو مستشفى أو مركز طبي قام بفحصى سابقاً أو مستقبلاً، سواء تم ذكر اسمه في الطلب أو لم يذكر، بالإفصاح لمصرف الراجحي عن أي معلومات طبية تتعلق بحالتي الصحية بما في ذلك النتائج والتحليل، إضافة إلى ذلك الملف الطبي ونسخه من السجلات اذا لزم الأمر.

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