

# SABB Takaful سبب تكافل

عضو مجموعة HSBC

## CRITICAL ILLNESS CLAIM FORM

## نموذج مطالبة الأمراض المستعصية

This form is to be completed by the Policyholder  
It is important that answers to this form are true and complete. Failure to do so could affect your claim.

يملأ هذا النموذج بواسطة حامل الوثيقة  
من المهم أن تكون الإجابات في هذا النموذج صحيحة وكاملة. الإخفاق في تحقيق ذلك قد يؤثر على مطالبتك.

PERSONAL PARTICULARS		بيانات شخصية	
Policy No.	رقم الوثيقة	Name of Participant	اسم المشترك
Gender	الجنس	Saudi ID/Iqama No.	رقم بطاقة الأحوال/الإقامة
		Date of Birth	تاريخ الميلاد
E-mail	البريد الإلكتروني	Tel. No.	رقم الهاتف
		Address	العنوان

DETAILS OF OCCUPATION		بيانات الوظيفة	
1. Present Occupation (if more than one, please state all)		1 - الوظيفة الحالية (في حال وجود أكثر من وظيفة، يرجى ذكر الكل)	
2. Present Employer(s)		2 - صاحب/أصحاب العمل الحالي	
Name	_____	_____	الاسم
Address	_____	_____	العنوان
Contact No.	_____	_____	رقم الاتصال
3. List exact duties performed at work		3 - حدد المهام التي تقوم بها في العمل بالضبط	

NATURE OF CLAIM AND RELATED		طبيعة المطالبة والتفاصيل المتعلقة بها	
4. Describe fully the extent and nature of your illness. Please attached all related medical reports		4 - صف مدى وطبيعة مرضك بالكامل يرجى إرفاق كافة التقارير الطبية ذات الصلة	
5. On what date did you first consult a medical practitioner in connection with your illness?		5 - في أي تاريخ قمت لأول مرة باستشارة طبيب بخصوص مرضك؟	
6. Have you previously suffered from, or received treatment for a similar or related illness? If Yes, please give full details.	<input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/> No لا	6 - هل سبق أن عانيت من أو تلقيت علاجاً لأي أمراض مشابهة أو مرتبطة بهذا المرض؟ إذا كان الجواب نعم، يرجى سرد كل التفاصيل	

RECORD OF MEDICAL CONSULTATIONS	سجل الاستشارات الطبية
7. Give below the details of any doctors or specialists who have been consulted in connection with your illness:	7 - اذكر أدناه تفاصيل أي أطباء أو أخصائيين قمت باستشارتهم بخصوص مرضك
Names and addresses _____	الأسماء والعناوين _____
_____	_____
Date consulted _____	تاريخ الاستشارة _____
8. Please provide the name and address of your usual medical attendant if different from above.	8 - يرجى إعطاء اسم وعنوان مستشارك الطبي المعتاد إذا كان مختلفاً عن المذكورين أعلاه.

GENERAL	عام
9. Have any of your blood relatives suffered from a similar or related illness? If Yes, please state relationship of relative, nature of illness and the date when the illness was first diagnosed.	9 - هل عانى أحد أقربائك بالدم من نفس المرض أو مرض مشابه أو مرتبط به؟ إذا كان الجواب نعم، اذكر صلة القرابة وطبيعة المرض وتاريخ أو تشخيص للمرض
<input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/> No لا	
10. Are you insured for similar benefits with any other company? If Yes, state the name of the company, the amount of benefits insured and whether or not you have submitted a claim in connection with such insured benefits.	10 - هل أنت مؤمن لمنافع مشابهة لدى أية شركة أخرى حالياً؟ إذا كان الجواب نعم، اذكر اسم الشركة ومبلغ المنافع المؤمنة وما إذا كنت قد قدمت مطالبة بخصوص هذه المنافع المؤمنة أم لا.
<input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/> No لا	
Name of Company _____	اسم الشركة _____
Policy No. _____	رقم الوثيقة _____
Amount of Benefit _____	مبلغ المنفعة _____
Claim Made _____	المطالبة المقدمة _____

DECLARATION AND AUTHORISATION	إقرار وتفويض
I hereby declare that the statements and answers given above are true and complete to the best of my knowledge and belief that I have not made any false or fraudulent statement, neither suppressed nor concealed any facts.	بموجب هذا، أقر بأن التصريحات والإجابات المقدمة أعلاه صحيحة وكاملة على حد علمي واعتقادي وأني لم أقدم أي تصريح خاطئ أو مخادع ولم أقم بإخفاء أو كتمان أية حقائق.
I hereby authorise any hospital, doctor or other person who has attended to me or examined me for any reason, to disclose to SABB Takaful Company any and all information with respect to any illness or injury and to provide SABB Takaful Company copies of all hospital or medical records, including prior medical history. A photocopy of this authorisation shall be considered as effective and valid as the original.	وبموجب هذا، أفوض أي مستشفى أو طبيب أو أي شخص آخر اهتم بي أو فحصني لأي سبب، بالإفصاح لشركة ساب تكافل بأية وكل المعلومات التي تخص أي مرض أو إصابة وبتزويد شركة ساب تكافل بنسخ من كل تقارير المستشفى والتقارير الطبية بما في ذلك التاريخ المرضي المسبق. سوف تعتبر النسخة المصورة من هذا التفويض فعالة وصالحة تماماً مثل الأصل.
Dated this _____ day of _____ 20_____ .	بتاريخ _____ من شهر _____ سنة 20_____ .
Signature of Witness _____	توقيع المشترك _____
Name _____	الاسم _____
Saudi ID/Iqama No. _____	رقم بطاقة الأحوال/الإقامة _____
Address _____	العنوان _____
_____	توقيع حامل الوثيقة _____