

# SABB Takaful سبب تكافل

عضو مجموعة HSBC

## SHORT MEDICAL QUESTIONNAIRE

This form is to be completed by the Participant

Proposal No. \_\_\_\_\_

## الاستبيان الطبي الموجز

يجب إكمال هذا النموذج من قبل المشترك.

رقم العرض \_\_\_\_\_

DETAILS	التفاصيل
Name of Proposed Participant	اسم المشترك المتقدم
Name of Proposed Policyholder	اسم حامل الوثيقة المتقدم
Name of Financial Advisor	اسم المستشار المالي

Please pay attention while completing this Declaration. You are requested to disclose fully in this form, all the facts which you know or ought to know. If a material fact is not disclosed in this form, any Policy issued may not be valid. If you are in doubt whether a fact is material, you are advised to disclose it. You are also advised to read the Plan Key Features Document, Illustration and any supplementary material before completing this form. Please check to ensure accuracy and completeness of the information declared.

الرجاء توخي الحذر أثناء تعبئة هذا الإقرار. أنت مطالب بالإفصاح الكامل في هذا النموذج عن كل الحقائق التي تعرفها أو التي يجب أن تعرفها. وإن كانت هناك حقيقة جوهرية غير مفصّل عنها في هذا النموذج، فإن أي وثيقة مصدرة قد تكون باطلة. وإذا كنت في شك من معلومة ما مهمة، ننصحك بأن تذكرها. ننصحك أيضاً براءة النشرة التعريفية للبرنامج، والعرض التوضيحي وأي معلومات إضافية قبل إكمال هذا النموذج. المرجو أيضاً أن تتأكد من صحة وإكمال المعلومات المعلنة.

MEDICAL QUESTIONS	الأسئلة الطبية
1. Have you ever had a major medical condition such as any form of heart disease, stroke, cancer, hepatitis or mental illness?	<input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/> No لا 1. هل سبق أن عانيت من وضع صحي خطير مثل أي مرض قلب أو سكتة أو سرطان أو التهاب الكبد الوبائي أو مرض عقلي؟
2. Do you or have you ever suffered from any chronic or long term medical condition such as diabetes, hypertension, elevated cholesterol, colitis, kidney disease or HIV / AIDS?	<input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/> No لا 2. هل تعاني أو سبق أن عانيت من أي مرض مزمن أو وضع صحي طويل الأمد مثل السكر أو ضغط الدم أو ارتفاع الكوليسترول أو التهاب القولون أو أمراض الكلى أو نقص المناعة المكتسبة/الإيدز؟
3. Have you within the last 2 years taken any form of medication for more than 14 consecutive days to treat an illness or disease?	<input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/> No لا 3. هل سبق أن تناولت خلال السنتين الماضيتين أي نوع من العلاج لفترة تزيد عن 14 يوماً متواصلة لعلاج أي مرض أو علة؟
4. Have you been absent from work or taken leave on health grounds for more than 10 days during the last 12 months?	<input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/> No لا 4. هل سبق أن تغيبت عن العمل أو قمت بأخذ إجازة صحية لفترة تزيد عن 10 أيام خلال الإثني عشر شهراً الماضية؟
5. Have you consulted any medical practitioner within the last 12 months for any condition other than minor impairments such as colds or flu?	<input type="checkbox"/> Yes نعم <input type="checkbox"/> No لا 5. هل قمت باستشارة أي طبيب خلال الإثني عشر شهراً الماضية بخصوص أي وضع صحي خلافاً للأمراض الخفيفة مثل الزكام والانفلونزا؟

DECLARATION AND AUTHORISATION	إقرار و تفويض
I acknowledge that no benefit will be paid should a claim result from a heart condition, stroke, cancer, diabetes, HIV infection or any other condition of which I was aware, or for which I had received treatment, prior to the signing of this declaration.	أسلم أنا بأنه لن يتم دفع أية منفعة في حال نتجت الجالبة عن مرض قلبي أو سكتة أو سرطان أو سكر أو عدوى نقص المناعة المكتسب أو أية حالة أخرى كنت على علم بها أو عولجت على إثرها قبل توقيعني على هذا الإقرار.
I represent that the statements and answers shown above are complete and true to the best of my knowledge and belief.	وأصّر بأن الإقرارات والإجابات المعطاة أعلاه هي كاملة وصحيحة على حد علمي واعتقادي.
To the extent permitted by law, I expressly waive on behalf of myself and of any person who shall have or claim any interest in any contract of insurance issued based on this application, all provisions of law forbidding any physician, hospital official or employee, or other person who has attended or examined me, or who may attend or examine me, or who has been or may be consulted by me, from disclosing any knowledge or information thereby acquired and from testifying with reference thereto, and I expressly authorize such person to make such disclosures.	وبالإضافة عن نفسي أو عن أي شخص قد تكون لديه أو يطالب بأن تكون لديه مصلحة في أي عقد تاميني يتم إصداره بناءً على هذا النموذج، وإلي الحد الذي يسمح به القانون، فإنني أتنازل صراحة عن أية شروط قانونية تمنع أي طبيب، أو مسؤول رسمي أو موظف في مستشفى أو أي شخص آخر اعتنى بي أو قام بفحصي أو يمكن أن يكون قد اعتنى بي أو قام بفحصي، أو تقدم أو يمكن أن يكون قد تقدم بالشورة لي، من الإفصاح عن أية معرفة أو معلومات مطلوبة بهذه الطريقة، ومن الشهادة بالرجوع إلى ذلك. وافوض صراحة مثل هذا الشخص للقيام بمثل هذا الإفصاح.
In witness whereof, I have signed this Short Medical Questionnaire on this _____ day of _____, 20 ____	وبشهادة ذلك، قمت بالتوقيع على هذا الاستبيان الطبي الموجز بتاريخ _____ من شهر _____ سنة _____ 20____.
Signature of witness: _____ Name: _____ Saudi ID/Iqama no: _____ DOB: _____ Address: _____	توقيع المشترك المتقدم: _____ Signature of Proposed Participant: _____ توقيع حامل الوثيقة: _____ Signature of Policyholder: _____