



ملحق (أ) - إقرار صحي

(يستكمل من قبل الشخص للحصول على التغطية التأمينية لتكافل)

البيانات المذكورة أدناه سوف تشكل أساس عقد التكافل. يجب التأكد من تقديم معلومات كاملة وصحيحة لأنها مسؤولة حياة. أي بيان كاذب في هذا النموذج من شأنه إبطال تغطية التأمينية تكافل/منافع تكافل. يرجى ذكر البيانات بصدق:

اسم الشخص المراد تغطيته:	تاريخ الميلاد:	
اسم البنك / الفرع:	رقم بطاقة الهوية:	
رقم الحساب المالي:		
العنوان: ص.ب:	رقم الحاسوب الشخصي:	
الموقع:	الهاتف:	
صاحب العمل		
المهنة وطبيعة العمل		
مبلغ التغطية/مبلغ التمويل		
شروط التغطية شاملة التنازلات في حالة التمويل		
الطول (سم)	الوزن (كغ)	ضغط الدم (إذا كانت معروفة)

1. لم أعان أبداً من أي شكل من أشكال المرض أو ارتفاع ضغط الدم أو ارتفاع الكوليسترول أو أمراض الدورة الدموية أو أمراض الرئة، بما في ذلك الربو أو الأمراض العصبية أو القرحة أو السرطان أو الورم أو السكتة الدماغية أو الكيسة سواء كانت حميدة أو خبيثة أو مرض السكري أو اضطرابات عقلية أو عصبية أو أمراض الكبد، بما في ذلك التهاب الكبد أو عدوى فيروس نقص المناعة أو الإيدز أو أمراض الأذن أو العين.
2. لم أعان أبداً من أي حالة طبية مزمنة أو طويلة الأجل لم يرد ذكرها في النقطة 1 أعلاه.
3. لم أتناول أي نوع من الأدوية لأكثر من 10 أيام متتالية خلال العامين الماضيين لعلاج أي علة أو مرض.
4. لم أتغيب أبداً عن العمل أو قمت بإجازة لأسباب صحية لأكثر من 10 أيام خلال الاثنا عشر شهراً الماضية.
5. خلال السنوات الخمس الأخيرة، لم أقم باستشارة أي ممارس طبي عن أي حالة طبية بخلاف الحالات المرضية الثانوية (مثل البرد أو الأنفلونزا)، ولم يتم إدخالني إلى المستشفى أبداً أو قمت بعملية جراحية.
6. لم يتم رفض أو تأجيل طلبي للتأمين على الحياة أو العجز أو التأمين الصحي/تكافل، أو القبول بشروط خاصة/مساهمات أو قيود إضافية.
7. لا أدخن/أتناول الكحول
8. ليس لدي أي اعتلال جسدي أو عقلي، أنا في صحة جيدة.
9. ينطبق على الإناث فقط - لست حامل في الوقت الحالي وليس لدي أي تاريخ مع مشاكل أمراض النساء.
10. أقر بأن البيانات المذكورة أعلاه صحيحة وسليمة وفقاً لمعرفتي واعتقادي، وأن البيانات جنباً إلى جنب مع أي نماذج أو تقارير أو غيرها من المعلومات التي أكملتها أو قدمتها سوف تشكل أساس العقد. أعلم أن تقديم معلومات كاملة وصحيحة هو مسؤوليتي. إذا لم أقم بتقديم معلومات كاملة وصحيحة، فلن تكون هناك مطالبة مستحقة الدفع في حالة العجز الكلي الدائم أو الوفاة.

11. أعلم بقبول شركة التأمين للإقرار المذكور أعلاه بحسن نية وأنه في حالة ثبات وجود أي خطأ بالإقرار أو في حالة حجب أي معلومة جوهرية بشأن حالتي الصحية، لن تتحمل شركة التأمين المسؤولية تجاه دفع أياً من مبلغ التمويل المستحق دفعها بموجب التغطية التأمينية.
12. أعلم باستثناء حالات المرض الموجودة مسبقاً، وأن عدم الإعلان عن حالة صحية موجودة مسبقاً من شأنه إبطال التغطية التأمينية لتكافل.
13. أعلم أن أي مرض خلقي أو عجز خلقي أو مرض نفسي أو اضطراب عصبي يستثنى من العجز الكلي الدائم/ التغطية التأمينية لتكافل.
14. أعلم أن أي مطالبة لن تكون مستحقة الدفع في حالة الانتحار أو محاولة الانتحار أو الإصابات الذاتية أو الإصابات بسبب تعاطي المخدرات والكحول.
15. أعلم أن شركة التكافل تلوح بفحصي الطبي من خلال قبول هذا الإقرار، في حالة تبين أن أي شيء في هذا الإقرار غير صحيح، لن تكون شركة التأمين مسؤولة عن دفع أي من منافع التكافل.
16. أقوم بتفويض أي طبيب أو مستشفى أو مؤسسات طبية أو سلطات قانونية أو شركات تأمين/تكافل بالكشف عن معلومات تتعلق بصحتي البدنية أو تاريخ الصحة العقلية، بما في ذلك نتائج أي اختبارات لشركة التأمين/التكافل، وأوافق على أن هذا التفويض سيزل سارياً بعد موتي.
<u>أعلم تماماً أن أي حذف أو أي بيان غير صحيح في نموذج الإقرار الصحي من شأنه إبطال التغطية التأمينية لتكافل</u>
تاريخ: توقيع الشخص المراد تغطيته توقيع وختم مسؤول البنك