



استبيان طبي

الاسم: محمد بن علي بن محمد بن صالح ذكر تاريخ الميلاد: ١٤٤٠/١٨
الجنس: ذكر تفاصيل الوظيفة الحالية: مستشار
العنوان: مس الوزن: كجم ضغط الدم: الاعلى - الادنى

الرقم السؤال نعم لا

1. هل لديك عقود تأمين على الحياة أو تكافل حالية مع شركتنا أو مع شركات تأمين أخرى أو مشغلي تكافل؟ إذا كانت الإجابة بنعم ، يرجى تقديم التفاصيل باستخدام الجدول التالي:

اسم الشركة	مبالغ التغطية	نوع الوثيقة	مدة الإصدار

2. هل أنت حاليًا غير قادر على العمل؟ نعم لا
3. حلاتك لأموات الخمس الماضية ، هل تذكر عليك الأقل لأكثر من ثلاثين يومًا متتالية؟ نعم لا
4. هل تعاني أو سبق أن عانيت من أي من:
- (a) ارتفاع ضغط الدم ، الأم الصدر ، سكتة دماغية أو أية أمراض بالقلب أو الجهاز الدوري؟ نعم لا
- (b) تضخم بالخد أو أي نوع من السرطان أو الأورام أو أية أمراض بالدم؟ نعم لا
- (c) مرض السكري ، أو أية أمراض بالكلى ، الكبد أو المثانة؟ نعم لا
- (d) أية أمراض بالمعدة أو الأمعاء؟ نعم لا
- (e) أية أمراض بالمنصل أو العمود الفقري؟ نعم لا
- (f) ضيق بالتنفس ، ربو صديري ، التهاب شعبي ، أو أية أمراض بالذئبة أو الجهاز التنفسي؟ نعم لا
- (g) صرع ، إغماء (تقد الوعي المؤقت) ، حالات صناع متكررة أو صدمة عصبية ؟ نعم لا
- (h) أي مرض ، إصابة أو أعاقة غير منكرة بأعلى؟ نعم لا
- في حالة الإجابة بنعم الرجاء إعطاء التفاصيل عن (التاريخ ، المدة ، العلاج ، اسم/عنوان الطبيب المعالج)
5. هل سبق لك أن أصيبت بجروح خطيرة؟ نعم لا
6. هل أجريت لك عملية جراحية أم تصححت بجراح عصبية جراحية ؟ نعم لا
7. هل تناولت أو هل تتعالج أو دواء لأي مرض أو اضطراب؟ نعم لا
8. هل تترى طلب المشورة الطبية أو العلاج أو إجراء أي اختبارات طبية؟ نعم لا
9. هل أثبتت إصابتك بفيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز أو التهاب الكبد B أو C ، أو هل تم اختبارك / علاجك للأمراض الأخرى المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي ، أو هل تنتظر نتيجة هذا الاختبار؟ إذا كانت الإجابة بنعم ، يرجى تقديم تفاصيل. نعم لا
10. هل أنت بتكوين أي سيجار خلال الـ 12 شهرًا الماضية؟ إذا كانت الإجابة بنعم ، فذكر كم في اليوم؟ نعم لا
11. هل لديك أي حال في الرؤية أو السمع؟ إذا كانت الإجابة بنعم ، فذكر إلى أي مدى. نعم لا
12. هل تقرب للكحول؟ إذا كانت الإجابة بنعم ، فذكر نوع وكمية اليوم. نعم لا
13. هل توفي أو عانى أي من والديك أو إخوتك أو أهلك من أمراض القلب أو للذئبة أو السرطان أو مرض السكري أو أمراض الكلى أو الاضطرابات الوراثية قبل من 165 إذا كانت الإجابة بنعم ، يرجى الإشارة أيضًا في أي عمر حدث هذا. نعم لا
14. هل توفي أو عانى أي من والديك أو إخوتك أو أهلك من أمراض القلب أو للذئبة أو السرطان أو مرض السكري أو أمراض الكلى أو الاضطرابات الوراثية قبل من 165 إذا كانت الإجابة بنعم ، يرجى الإشارة أيضًا في أي عمر حدث هذا. نعم لا
15. هل تربي المشاركة في نشاط خطير (مثل التوكن) أو الطيران بخلاف الركاب في الرحلات الجوية؟ نعم لا
16. هل تم رفض أو تأجيل أو قبول أي طلب للتأمين على حياتك (الحياة ، الحوادث ، الصحة) بشروط خاصة؟ نعم لا

يرجى إعطاء أثناء تفاصيل كاملة لأي إجابة بنعم ، بما في ذلك تاريخ ومدة أي نوع من أنواع المرض وعلاجه ، وأطباء استشاريين ، وأنواع الرياضة. استخدام ورقة منفصلة إذا لزم الأمر

أقر هنا بالتالي بصحة جيدة باستثناء إذا ذكر ما عدا ذلك في البيان أعلاه
هام: قبل التوقيع على هذا النموذج ، يرجى التحقق من أن الإجابات الواردة في هذا النموذج كاملة وصحيحة. إهمال أو إجابة غير صحيحة قد تبطل الوثيقة.

التاريخ: ١٤٤٥/١٢/١٤ التوقيع: [Signature]