



اسمك على

الاسم _____ الجنس _____ تاريخ الميلاد _____
التأمين الوظيفي الحالية _____
الاسم _____ م _____ الوزن _____ كم _____ شغلهم _____ الاطر _____ الامور _____

الرقم السؤال

نعم لا

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

اسم الشركة	مبلغ التغطية	نوع الوثيقة	مدة الاصدار

نعم لا

2. هل أنت حالياً غير قادر على العمل؟
3. هل أنت مصنف ضمن مرضية ، هل تذكر عديد حالات لاكثر من 30 يوماً متتالية؟
4. هل تعاني أو سبق أن عانيت من أي من:

(a) ارتفاع ضغط الدم ، الهم الصدر ، سكتة دماغية أو أية أمراض بالقلب أو الجهاز الدوري؟
(b) تضخم بالقلب أو أي نوع من السوائل أو الأورام أو أية أمراض بالدم؟
(c) مرض السكري، أو أية أمراض بالكلية، الكبد أو الشرايين؟
(d) أية أمراض بالعمى أو الأسماع؟
(e) أية أمراض بالمناسل أو العمود الفقري؟
(f) ضيق بالقلب، ربو صدرى، التهاب شعبي أو أية أمراض بالرقبة أو الجهاز التنفسي؟
(g) صرع، إحصاء (نقص الوعي المؤقت)، حالات صداع متكررة أو صدمة نفسية؟
(h) أي مرض، إصابة أو أعاقة غير مذكورة بأعلى؟

نعم لا

في حالة الإجابة بنعم الرجاء إصغاء التفصيل عن (التاريخ، السنة، العلاج، اسم/عنوان الطبيب المعالج)

نعم لا

5. هل سبق لك أن أصيبت بجروح خطيرة؟
6. هل أصيبت لك صفة جراحية أم نصحت بإجراء صفة جراحية؟
7. هل تناولت أو هل تتلخج أو دواء لأي مرض أو اضطراب؟
8. هل تروي طلب المشورة الطبية أو العلاج أو إجراء أي اختبارات طبية؟
9. هل أثبتت إصابتك بفيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز أو التهاب الكبد B أو C ، لو هل تم اختبارك / علاجك للأمراض الأخرى المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي أو هل تنتظر نتيجة هذا الاختبار؟ إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى تقديم تفصيل.
10. هل قمت بتشخيص أي سعال خلال الـ 12 شهراً الماضية؟ إذا كانت الإجابة بنعم ، فذكر كم في اليوم؟
11. هل لديك أي حلق في الرقبة أو السمع؟ إذا كانت الإجابة بنعم ، فذكر إلى أي مدى؟
12. هل تشرب كحول؟ إذا كانت الإجابة بنعم ، فذكر نوع وكمية اليوم؟
13. هل توغى أو عانى أي من التدخين أو إبتوك أو استوفت من أمراض القلب أو لدورة الدموية أو السرطان أو مرض السكري أو أمراض الكلى أو الاضطرابات الوراثية قبل من 65س إذا كانت الإجابة بنعم ، يرجى الاشارة أيضاً في أي صرح حدث هنا.
14. هل تروي المشاركة في نشاط خطير (مثل التوسل) أو الطيران بملات الركاب في الخدمات المسجلة؟
15. هل تم رفض أو تأجيل أو قبول أي طلب للتأمين على حياتك (العيلة ، الحوادث ، الصحة) بشروط خاصة؟
16. هل تم رفض أو تأجيل أو قبول أي طلب للتأمين على حياتك (العيلة ، الحوادث ، الصحة) بشروط خاصة؟

نعم لا

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

أقر هنا بأنني 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.

التوقيع

التاريخ