



استبيان طبي

الاسم شاهادي محمد الازهر رقم الهوية ١٠٧٤٤٧٦٧٤٦ الجنس انثى
تاريخ الميلاد ١٤١١/٨/٦ تفاصيل الوظيفة الحالية حياته الجنسية سعودية
الطول ١٥٠ سم الوزن ٨٤ كجم

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 ، فيرجى تقديم التفاصيل باستخدام الجدول التالي:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	اسم الشركة	مبلغ التغطية
	نوع الوثيقة	سنة الاصدار
	بوبا	٥٠١٩/١/١
2. هل أنت حاليا غير قادر على العمل؟	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3. خلال الخمس الماضية ، هل تعذر عليك العمل لأكثر من 30 يوما متتاليه؟	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4. هل تعاني أو سبق أن عانيت من أي من :	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(a) ارتفاع ضغط الدم ، الأم الصدر ، سكتة دماغية أو أية أمراض بالقلب أو الجهاز الدوري؟	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(b) تضخم بالغدود أو أي نوع من السرطان أو الأورام أو أية أمراض بالدم؟	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(c) مرض السكري ، أو أية أمراض بالكلى، الكبد أو المثانة؟	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(d) أية أمراض بالمعدة أو الأمعاء؟	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(e) أية أمراض بالمفاصل أو العمود الفقري؟	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(f) ضيق بالتنفس، ربو صدرى، التهاب شعبي أو أية أمراض بالرئة أو الجهاز التنفسي؟	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(g) صرع، إغماء (فقد الوعي المؤقت)، حالات صداع متكررة أو صدمة عصبية ؟	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(h) أي مرض، إصابة أو عاقبة غير مذكورة بأعلى؟	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
في حالة الإجابة بنعم الرجاء إعطاء التفاصيل عن (التاريخ، المدة، العلاج، اسم/عنوان الطبيب المعالج)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5. هل سبق لك أن أصيبت بجروح خطيرة	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6. هل أجريت لك عملية جراحية أم نصحت بإجراء عملية جراحية ؟	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
7. هل تناولت أو هل تعالج أو دواء لأي مرض أو اضطراب؟	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
8. هل تنوي طلب المشورة الطبية أو العلاج أو إجراء أي اختبارات طبية؟	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
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.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
10. هل قمت بتدخين أي سجائر خلال الـ 12 شهرا الماضية؟ إذا كانت الإجابة بنعم ، اذكر كم في اليوم؟	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
11. هل لديك أي خلل في الرؤية أو السمع؟ إذا كانت الإجابة بنعم ، اذكر إلى أي مدى	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
12. هل تشرب الكحول؟ إذا كانت الإجابة بنعم ، اذكر نوع وكمية اليوم.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
13. هل توفي أو عانى أي من والديك أو إخوتك أو أخواتك من أمراض القلب أو الدورة الدموية أو السرطان أو مرض السكري أو أمراض الكلى أو الاضطرابات الوراثية قبل سن 65؟ إذا كانت الإجابة بنعم ، يرجى الإشارة أيضا في أي عمر حدث هذا.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
14. هل تنوي المشاركة في نشاط خطير (مثل الغوص) أو الطيران بخلاف الركاب في الخدمات المجدولة؟	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
15. هل تم رفض أو تأجيل أو قبول أي طلب للتأمين على حياتك (الحياة ، الحوادث ، الصحة) بشروط خاصة؟	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>



يرجى إعطاء أدناه 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

سرفات من الأمراض

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

١٤٤٣/٦/٢٧

التاريخ