



استبيان طبي

الاسم _____ الجنس _____ تاريخ الميلاد _____
تفاصيل الوظيفة الحالية _____ الجنسية _____
الطول _____ سم الوزن _____ كجم ضغط الدم _____ الاطى _____ الاى _____

الرقم السؤال
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:

اسم الشركة	مبالغ التغطية	نوع الوثيقة	سنة الاصدار

- 2 هل أنت حاليًا غير قادر على العمل؟
3. حدد السنوات الخمس الماضية، هل تشعر عبيك أفضل لآخر من 12 يومًا متتالية؟
4. هل تعاني أو سبق أن تعانيت من أي من:
(a) ارتفاع ضغط الدم، الإم الصدر، سكتة دماغية أو أية أمراض يقلب أو الجهاز للدوري؟
(b) تضخم بالغد أو أي نوع من السرطان أو الأورام أو أية أمراض بالدم؟
(c) مرض السكري، أو أية أمراض بالكلى، للكبد أو المثانة؟
(d) أية أمراض بالمعدة أو الأمعاء؟
(e) أية أمراض بالمناسل أو العود التنقي؟
(f) ضيق بالتنفس، ربو صدري، التهاب شعبي أو أية أمراض بالرئة أو الجهاز التنفسي؟
(g) صرع، إغماء (فقد الوعي المؤقت)، حالات صداع متكررة أو صدمة صعبية؟
(h) أي مرض، إصابة أو اعاقة غير مذكورة بأعلى؟
- في حالة الإجابة بنعم الرجاء إصلاء التفاصيل عن (التاريخ، المدة، العلاج، اسم/عنوان الطبيب المعالج)
5. هل سبق لك أن أصيبت بجروح خطيرة؟
6. هل أجريت لك عملية جراحية أو تصدعت بجرأء عملية جراحية؟
7. هل تناولت أو هل تتناول أو دواء لأي مرض أو اضطراب؟
8. هل توي طلب المشورة الطبية أو للعلاج أو إجراء أي اختبارات طبية؟
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 تتنظر نتيجة هذا الاختبار؟ إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى تقديم تفاصيل.
11. هل قمت بتكخين أي سيجتر خلال الـ 12 شهرًا الماضية؟ إذا كانت الإجابة بنعم، فذكر كم في اليوم؟
12. هل لديك أي خلل في الرؤية أو السمع؟ إذا كانت الإجابة بنعم، فذكر إلى أي مدى.
13. هل تشرب الكحول؟ إذا كانت الإجابة بنعم، فذكر نوع وكمية اليوم.
14. هل توي أو عانى أي من والديك أو إخوتك أو أخوتك من أمراض لقلب أو للدورة الدموية أو السرطان أو مرض السكري أو أمراض الكلى أو الاضطرابات الوراثية قبل من 65؟ إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى الإشارة أيضًا في أي عصر حدث هذا.
15. هل توي المشاركة في نشاط خطير (مثل التووص) أو الطيران بخلاف الركاب في الخدمات المجدولة؟
16. هل تم رفض أو تأجيل أو هيرول أي طلب للتأمين على حياتك (الحياة، الحوادث، الصحة) بشروط خاصة؟

يرجى إعطاء أمتاء 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 1445/7/5