



استبيان طبي

الاسم \_\_\_\_\_ رقم الهوية \_\_\_\_\_ الجنس \_\_\_\_\_  
تاريخ الميلاد \_\_\_\_\_ تفاصيل الوظيفة الحالية \_\_\_\_\_ الجنسية \_\_\_\_\_  
الطول \_\_\_\_\_ سم الوزن \_\_\_\_\_ كجم

لا	نعم	السؤال																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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:																
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>اسم الشركة</th> <th>مبلغ التغطية</th> <th>نوع الوثيقة</th> <th>سنة الإصدار</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	اسم الشركة	مبلغ التغطية	نوع الوثيقة	سنة الإصدار												
اسم الشركة	مبلغ التغطية	نوع الوثيقة	سنة الإصدار															
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. هل أنت حالياً غير قادر على العمل؟																
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. خلال الخمس الماضية ، هل تعذر عليك العمل لأكثر من 30 يوماً متتاليه؟																
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. هل تعاني أو سبق أن عانيت من أي من :																
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(a) ارتفاع ضغط الدم ، آلام الصدر، سكتة دماغية أو أية أمراض بالقلب أو الجهاز الدوري؟																
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(b) تضخم بالغدد أو أي نوع من السرطان أو الأورام أو أية أمراض بالدم؟																
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(c) مرض السكري، أو أية أمراض بالكلى، الكبد أو المثانة؟																
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(d) أية أمراض بالمعدة أو الأمعاء؟																
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(e) أية أمراض بالمفاصل أو العمود الفقري؟																
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(f) ضيق بالتنفس، ربو صدرى، التهاب شعبي أو أية أمراض بالرئة أو الجهاز التنفسي؟																
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(g) صرع، إغماء (فقد الوعي المؤقت)، حالات صداع متكررة أو صدمة عصبية ؟																
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(h) أي مرض، إصابة أو أعاقه غير مذكورة بأعلى؟																
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	في حالة الإجابة بنعم الرجاء إعطاء التفاصيل عن (التاريخ، المدة، العلاج، اسم/عنوان الطبيب المعالج)																
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. هل سبق لك أن أصيبت بجروح خطيرة																
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. هل أجريت لك عملية جراحية أم نصحت بإجراء عملية جراحية ؟																
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. هل تناولت أو هل تعالج أو دواء لأي مرض أو اضطراب؟																
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. هل تنوي طلب المشورة الطبية أو العلاج أو إجراء أي اختبارات طبية؟																
<input checked="" type="checkbox"/>	<input 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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. هل قمت بتدخين أي سجائر خلال الـ 12 شهراً الماضية؟ إذا كانت الإجابة بنعم ، اذكر كم في اليوم؟																
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. هل لديك أي خلل في الرؤية أو السمع؟ إذا كانت الإجابة بنعم ، اذكر إلى أي مدى																
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. هل تشرب الكحول؟ إذا كانت الإجابة بنعم ، اذكر نوع وكمية اليوم.																
<input checked="" type="checkbox"/>	<input 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 أيضاً في أي عمر حدث هذا.																
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. هل تنوي المشاركة في نشاط خطير (مثل الغوص) أو الطيران بخلاف الركاب في الخدمات المجدولة؟																
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. هل تم رفض أو تأجيل أو قبول أي طلب للتأمين على حياتك (الحياة ، الحوادث ، الصحة) بشروط خاصة؟																



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

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.

التاريخ

التوقيع