

استبيان عن حالة صحية

اللقب (الأستاذ - المهندس - الدكتور ... الخ)	الإسم بالكامل (كما هو وارد بمستند إثبات الشخصية)	مالك الوثيقة	رقم الوثيقة
_____	_____	_____	_____
تاريخ الميلاد (يوم/شهر/سنة)	الرقم القومي	المهنة	_____
_____	_____	_____	_____

الطول سم الوزن كجم

- 1 هل تعاني من اي امراض او خلل في وظائف الجسم ؟
 لا نعم
- 2 هل تدخن حالياً أو كنت تدخن خلال ال 12 شهر الماضية؟
 لا نعم

إذا كانت الإجابة (نعم) اذكر النوع والكمية اليومية

- 3 هل تتناول أي نوع من الكحوليات؟
 لا نعم
- إذا كانت الإجابة (نعم) اذكر النوع والكمية اليومية

- 4 هل سبق أن حضعت إلى عملية عن طريق الجراحة او بأى وسيلة أخرى ؟
 لا نعم
- 5 هل سبق أن عانيت أو تعاني من ارتفاع بضغط الدم أو أمراض بالقلب؟
 لا نعم
- 6 هل سبق أن عانيت أو تعاني من ارتفاع بمستوى السكر بالدم او زلال في البول؟
 لا نعم
- 7 هل سبق أن عانيت أو تعاني من اية امراض او اضطرابات في وظائف الكبد او الكلى؟
 لا نعم
- 8 هل سبق أن عانيت أو تعاني من الربو او اية اضطرابات اخرى متعلقة بالجهاز التنفسى؟
 لا نعم
- 9 هل سبق أن عانيت أو تعاني من اي تضخم بالغدد، العقد الليمفاوية او اي نوع من الارورام او السرطانات؟
 لا نعم
- 10 هل سبق أن عانيت أو تعاني من اي نوع من الاضطرابات النفسية او العصبية؟
 لا نعم
- 11 هل سبق أن عانيت أو تعاني من اية إعاقة جسدية؟
 لا نعم
- 12 هل تناولت او تتناول علاجاً لأى مرض او حضعت لایة فحوصات او تم تشخيصك بأمراض أخرى غير المذكورة أعلاه؟
 لا نعم
- 13 هل تعاني من او تم تشخيصك بالإصابة بمرض نقص المناعة المكتسبة "الايدز"؟
 لا نعم

في حالة إذا ما كانت الإجابة على الأسئلة السابقة بـ "نعم" يرجى التوضيح وكتابة التفاصيل في الجدول الآتي:

سؤال رقم	تاريخ الاصابة	تفاصيل الحالة	العلاج	الحالة الصحية الحالية

الإقرارات

- 1- أقر على حد علمي ومعرفتي بأن المعلومات المذكورة في هذا الطلب، وفي جميع الإقرارات المرفقة، صحيحة وكاملة وإنني لم أخفِ أي حقائق قد تؤثر على تقدير وقبول أي طلب يقدم لشركة جي أي جي مصر- حياة تكافل، كما أقر بأن جميع الإجابات المكتوبة صحيحة بما في ذلك التي لم تكتب بخطيدي
- 2- أتفهم أنه من واجبي إخطار شركة جي أي جي مصر- حياة تكافل بأي تغيرات تطرأ على صحتي قبل إصدار الوثيقة.
- 3- أرخص لأي طبيب قد استشيره أو قد استشيره في المستقبل بمد شركة جي أي جي مصر- حياة تكافل أو أي جهة قانونية بأي معلومات مطلوبة عن حالي الصحية ويكون لصورة هذا الترخيص صلاحية النفاذ كالأصل تماماً.

التاريخ:

توقيع المؤمن عليه: