

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 |
| | | | |
- هل تعاني من أى امراض او خلل فى وظائف الجسم ؟

☐ لا
 ☐ نعم
 - هل تدخن حالياً أو كنت تدخن خلال ال 12 شهر الماضية؟

☐ لا
 ☐ نعم

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

☐ لا
 ☐ نعم

إذا كانت الإجابة (نعم) أذكر النوع والكمية اليومية
 - هل سبق أن خضعت إلى عملية عن طريق الجراحة أو بأى وسيلة أخرى ؟

☐ لا
 ☐ نعم
 - هل سبق أن عانيت أو تعاني من ارتفاع بضغط الدم أو أمراض بالقلب؟

☐ لا
 ☐ نعم
 - هل سبق أن عانيت أو تعاني من ارتفاع بمستوى السكر بالدم أو زلال في البول؟

☐ لا
 ☐ نعم
 - هل سبق أن عانيت أو تعاني من اية امراض او اضطرابات في وظائف الكبد او الكلى؟

☐ لا
 ☐ نعم
 - هل سبق أن عانيت أو تعاني من الربو او اية اضطرابات اخرى متعلقة بالجهاز التنفسي؟

☐ لا
 ☐ نعم
 - هل سبق أن عانيت أو تعاني من اي تضخم بالغدد، العقد الليمفاوية او اي نوع من الاورام او السرطانات؟

☐ لا
 ☐ نعم
 - هل سبق أن عانيت أو تعاني من اي نوع من الاضطرابات النفسية او العصبية؟

☐ لا
 ☐ نعم
 - هل سبق أن عانيت أو تعاني من أية إعاقة جسدية؟

☐ لا
 ☐ نعم
 - هل تناولت أو تتناول علاجاً لأي مرض أو خضعت لأية فحوصات أو تم تشخيصك بأمراض أخرى غير المذكورة أعلاه؟

☐ لا
 ☐ نعم
 - هل تعاني من او تم تشخيصك بالإصابة بمرض نقص المناعة المكتسبة "الايدز"؟

☐ لا
 ☐ نعم

في حالة إذا ما كانت الاجابة على الاسئلة السابقة ب " نعم" يرجى التوضيح وكتابة التفاصيل في الجدول الآتي:

سؤال رقم	تاريخ الإصابة	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 أخفي أي حقائق قد تؤثر على تقييم وقبول أي طلب يقدم لشركة جي أي جي مصر- حياة تكافل، كما أقر بأن جميع الإجابات المكتوبة صحيحة بما في ذلك التي لم تكتب بخط يدي
- 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 استشرته أو قد استشيرته في المستقبل بمد شركة جي أي جي مصر- حياة تكافل أو أي جهة قانونية بأي معلومات مطلوبة عن حالتي الصحية ويكون لصورة هذا الترخيص صلاحية النفاذ كالأصل تماماً.

توقيع المؤمن عليه:	التاريخ:
--------------------	----------