

اسم المنتج:

استبيان حالة صحية - للسادة عملاء بنك مصر الحاصلين على ائتمان للمشروعات الصغيرة و المتوسطة والتجزئة المصرفية

الإسم بالكامل (كما هو وارد بمستند إثبات الشخصية)
النوع الحالة الإجتماعية عنوان السكن الحالي

تاريخ الميلاد (يوم/شهر/سنة) الرقم القومي المهنة بالتفصيل

الطول سم الوزن كجم

- 1- هل تتمتع فى الوقت الحاضر بصحة جيدة ؟ نعم لا
- 2- هل أجريت لك عملية جراحية ؟ نعم لا
- 3- هل سبق أن عانيت أو تعاني من ارتفاع بضغط الدم أو أمراض بالقلب ؟ نعم لا
- 4- هل سبق أن عانيت أو تعاني من ارتفاع بمستوى السكر بالدم او زلال في البول؟ نعم لا
- 5- هل سبق أن عانيت أو تعاني من اية امراض او اضطرابات في وظائف الكبد او الكلى؟ نعم لا
- 6- هل سبق أن عانيت أو تعاني من الربو او اية اضطرابات اخرى متعلقة بالجهاز التنفسي؟ نعم لا
- 7- هل سبق أن عانيت أو تعاني من اي تضخم بالغدد، العقد الليمفاوية او اي نوع من الاورام أو السرطانات نعم لا
- 8- هل سبق أن عانيت أو تعاني من اي نوع من الاضطرابات النفسية او العصبية ؟ نعم لا
- 9- هل سبق أن عانيت أو تعاني من أية إعاقة جسدية ؟ نعم لا
- 10- هل تعاني من او تم تشخيصك بالإصابة بمرض نقص المناعة المكتسبة" الايدز "؟ نعم لا

في حالة اذا ما كانت الاجابة على الاسئلة السابقة ب " نعم "يرجى التوضيح و كتابة التفاصيل في الجدول الآتي:

سؤال رقم	الإجابة	تفاصيل الحالة	العلاج	الحالة الصحية الحالية

الإقرارات

- 1- أقر على حد علمي ومعرفتي بأن المعلومات المذكورة في هذا الطلب صحيحة وكاملة وإنني لم أخفي أي حقائق قد تؤثر على تقييم وقبول أي طلب يقدم للشركة المصرية للتأمين التكافلي -حياة، كما أقر بأن جميع الإجابات المكتوبة صحيحة بما في ذلك التي لم تكتب بخط يدي.
- 2- أتفهم أنه من واجبي إخطار الشركة المصرية للتأمين التكافلي -حياة بأي تغيرات تطرأ على صحتي قبل إصدار الوثيقة
- 3- أرخص لأي طبيب قد إستشرته أو قد أستشيريه في المستقبل بمد الشركة المصرية للتأمين التكافلي -حياة أو أي جهة قانونية بأي معلومات مطلوبة عن حالتي الصحية ويكون لصورة هذا الترخيص صلاحية النفاذ كالأصل تماماً.

توقيع المؤمن عليه:

التاريخ: