

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 تتمتع في الوقت الحاضر بصحة جيدة؟ | <input type="checkbox"/> نعم | <input type="checkbox"/> لا |
| 2- | هل تدخن حالياً أو كنت تدخن خلال الـ 12 شهر الماضية؟ | <input type="checkbox"/> نعم | <input type="checkbox"/> لا |
| | إذا كانت الإجابة (نعم) اذكر النوع والكمية اليومية | | |
| 3- | هل تتناول أي نوع من الكحوليات؟ | <input type="checkbox"/> نعم | <input type="checkbox"/> لا |
| | إذا كانت الإجابة (نعم) أذكر النوع والكمية اليومية | | |
| 4- | هل سبق وخضعت لأي عملية جراحية؟ | <input type="checkbox"/> نعم | <input type="checkbox"/> لا |
| 5- | هل سبق أن عانيت أو تعاني من ارتفاع بضغط الدم أو أمراض بالقلب؟ | <input type="checkbox"/> نعم | <input type="checkbox"/> لا |
| 6- | هل سبق أن عانيت أو تعاني من ارتفاع بمستوى السكر بالدم أو زلال في البول؟ | <input type="checkbox"/> نعم | <input type="checkbox"/> لا |
| 7- | هل سبق أن عانيت أو تعاني من اية امراض او اضطرابات في وظائف الكبد او الكلى؟ | <input type="checkbox"/> نعم | <input type="checkbox"/> لا |
| 8- | هل سبق أن عانيت أو تعاني من الربو او اية اضطرابات اخرى متعلقة بالجهاز التنفسي؟ | <input type="checkbox"/> نعم | <input type="checkbox"/> لا |
| 9- | هل سبق أن عانيت أو تعاني من اي تضخم بالغدد، العقد الليمفاوية او اي نوع من الاورام او السرطانات؟ | <input type="checkbox"/> نعم | <input type="checkbox"/> لا |
| 10- | هل سبق أن عانيت أو تعاني من اي نوع من الاضطرابات النفسية او العصبية؟ | <input type="checkbox"/> نعم | <input type="checkbox"/> لا |
| 11- | هل سبق أن عانيت أو تعاني من أية إعاقة جسدية؟ | <input type="checkbox"/> نعم | <input type="checkbox"/> لا |
| 12- | هل تناولت أو تتناول علاجاً لأي مرض أو أصبت بأمراض أخرى غير المذكورة أعلاه؟ | <input type="checkbox"/> نعم | <input type="checkbox"/> لا |
| 13- | هل تعاني من أو تم تشخيصك بالإصابة بمرض نقص المناعة المكتسبة "الايدز"؟ | <input type="checkbox"/> نعم | <input type="checkbox"/> لا |

في حالة إذا ما كانت الاجابة على الاسئلة السابقة ب " 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 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 تغييرات 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.

التاريخ:

توقيع المؤمن عليه: