

استبيان عن حالة صحية

أولاً: بيانات المؤمن عليه

الإسم بالكامل:	رقم الوثيقة:	
نوع مستند إثبات الشخصية:	تاريخ الإنتهاء:	/ /20
الرقم:	□ بطاقة الرقم القومي	□ جواز سفر

ثانياً: الأسئلة الطبية

برجاء الإجابة على جميع الأسئلة و ذكر التفاصيل عندما يلزم مع مراعاة أن أية بيانات خاطئة أو عدم الإفصاح قد يؤدي إلي رفض مطالبة لدفع المزايا التأمينية التكافلية

الطول (سم)	الوزن (كج)	
أ- هل استشرت طبيباً او خضعت لاي نوع من الابحاث الطبية خلال الخمسة اعوام السابقة؟	□ نعم	□ لا
إذا كانت الإجابة (نعم) أذكر التفاصيل		
ب- هل تلقيت أي علاج من أي نوع ؟ (ذلك يتضمن الأقراص، الحقن) ؟	□ نعم	□ لا
إذا كانت الإجابة (نعم) أذكر التفاصيل		
ج- هل قمت بتغيير طبيعة عملك أو شاركت أو تنوي الاشتراك في أي رياضة خطيرة ؟	□ نعم	□ لا
إذا كانت الإجابة (نعم) أذكر التفاصيل		
د- هل بدأت التدخين ؟	□ نعم	□ لا
إذا كانت الإجابة (نعم) أذكر التفاصيل		
هل لديك أي طلب تأمين تم رفضه أو تأجيله أو قبوله تحت بنود / شروط خاصة ؟	□ نعم	□ لا
إذا كانت الإجابة (نعم) أذكر التفاصيل		

ثالثاً: إقرار و توقيع المشترك

أ- 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 .
 ب- أتفهم أنه من واجبي إخطار شركة جي أي جي مصر - حياة تكافل بأي تغيرات تطرأ على صحتي قبل إصدار الوثيقة.
 ج- أخص لأبي طبيب قد استشرته أو قد أستشيريه 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.

التوقيع:	(الرجاء التأكد من أن التوقيع مطابق لسجلتنا لضمان عدم تأخير الطلب)
توقيع ممثل الشركة:	(على ممثل الشركة التوقيع كشاهد عند توقيع المشترك)
التاريخ	التاريخ

للإستعمال الداخلي فقط
تم مطابقة توقيع العميل

	التاريخ	الإسم:
--	---------	--------