

برنامِج التأمين على حِيَاة مفترضٍ بنك الخليج الدولي استبيان الحالة الصحية

1. تفاصيل مقدم الطلب

الاسم	
الجنس	<input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى
تاريخ الميلاد	
رقم البطاقة الشخصية	
رقم طلب القرض/التمويل	
مبلغ التمويل المطلوب	
مدة التمويل	

2. الاستبيان

أ.	الطول(بالستنتيمتر):	سم	الوزن(بالكيلوغرام):	كج
ب.	إذا كنت تدخن / تمضغ التبغ بأي شكل من الأشكال، يرجى ذكر النوع وعدد المرات في اليوم الواحد يرجى كتابة (لا شيء) في حال كنت غير مدخن			
ج.	هل سبق لك أن تلقيت العلاج لداء السكري أو أصبت بارتفاع السكر في الدم أو إرتفاع ضغط الدم أو انخفاضه أو الكوليسترول أو الحمى الروماتيزمية أو ألم في الصدر أو احتشاء عضلة القلب أو أي مرض أو اضطراب آخر في القلب أو الشرايين أو الأوعية الدموية؟			<input type="checkbox"/> لا <input checked="" type="checkbox"/> نعم
د.	هل عانيت من أي اضطراب في الجهاز الهضمي أو المراة أو الكبد؟ على سبيل المثال قرحة المعدة، أو الاثنى عشر الفعلية أو المشتبه بها، النزيف من الأمعاء، عسر الهضم المتكرر التهاب الكبد، حصى المراة			<input type="checkbox"/> لا <input checked="" type="checkbox"/> نعم
هـ.	هل سبق لك أن عانيت أو عولجت من الربو أو التهاب الشعب الهوائية أو الجنب أو السل أو السعال المستمر أو أي مرض أو اضطراب في الرئتين؟			<input type="checkbox"/> لا <input checked="" type="checkbox"/> نعم
و.	هل عانيت أو عولجت من شلل أو صرع أو نوبات أو أي نوع من الانهيار العصبي أو أي مرض آخر متعلق بالدماغ أو الجهاز العصبي أو كنت تعاني من حالة من القلق أو الاكتئاب أو أي اضطراب عقلي أو عصبي؟			<input type="checkbox"/> لا <input checked="" type="checkbox"/> نعم
ز.	هل عانيت من قبل من أي اضطراب أو مرض في العضلات أو العظام أو المفاصل أو الأطراف أو العمود الفقري (بما في ذلك التهاب المفاصل والروماتيزم والانزلاق الغضروفي وما إلى ذلك)؟			<input type="checkbox"/> لا <input checked="" type="checkbox"/> نعم
ح.	هل تعاني من أي مرض أو اضطراب في الأنف أو الأنف أو العين أو الحلق ، بما في ذلك ضعف البصر أو السمع أو الإفرازات من الأنفين؟			<input type="checkbox"/> لا <input checked="" type="checkbox"/> نعم
ط.	هل تعاني أو سبق لك أن أصبت بالسرطان أو الروماتيزم أو التقرس أو تضخم الغدد أو الكتل أو الأكياس أو الأورام؟			<input type="checkbox"/> لا <input checked="" type="checkbox"/> نعم
ي.	هل عانيت من أي مرض أو اضطراب أو عدوى في الكلية أو المثانة أو الأعضاء التناسلية مثل الزلال في البول، الحصى، التهاب البروستات، الأمراض التناسلية؟			<input type="checkbox"/> لا <input checked="" type="checkbox"/> نعم
ك.	هل عانيت من أي مرض أو اضطراب غير مذكور أعلاه؟			<input type="checkbox"/> لا <input checked="" type="checkbox"/> نعم
ل.	هل تعاني أو عانيت من أي حالة طبية أدت إلى إعاقة/عجز أو قد تؤدي إلى إعاقة/عجز ، و هل تقدمت أو تتوارد التقديم على أساس هذه الحالة للحصول على تقييماً للإعاقة إلى الهيئة العامة للتأمينات الاجتماعية أو أي هيئة (هيئات) حكومية مماثلة؟			<input type="checkbox"/> لا <input checked="" type="checkbox"/> نعم

المكان

التاريخ

توقيع مقدم الطلب

<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	هل يعني أي من أفراد عائلتك المباشرين (الأم / الأب/ الإخوة / الأخوات إلخ) من، أو توفي بسبب، أمراض القلب، السكتة الدماغية، ارتفاع ضغط الدم، داء السكري، أي شكل من أشكال أمراض العين، السرطان، أمراض الكلى أو الشلل قبل سن 65 سنة و/أو عانى/يعاني من أي اضطرابات وراثية /عائلية أخرى؟
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	هل تقوم أو تنوي القيام بهوايات أو مهن تشمل نشاطات خطرة مثل الطيران بخلاف المسافر الذي يدفع أجرة أو الغوص أو التسلق أو العمل على مرتفعت أو تحت الأرض أو في عرض البحر أو استخدام المتفجرات أو القيام بأي نشاط خطير آخر؟
<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	هل سبق أن قدمت طلباً للتأمين على الحياة، أو على الحوادث، أو تأمين طبي قد تم رفضها أو سحبها أو تأجيلها أو تم قبولها بمنافع مقيدة أو مع زيادة مبلغ القسط؟ وهل سبق لك تقديم مطالبة تحت أي من هذه البوالص؟

إذا كان جواب أي من الأسئلة المذكورة أعلاه بـ "نعم"، يرجى ذكر التفاصيل أدناه

إقرار مقدم الطلب:

أقر بما يلي:

- أن تصريحاتي أعلاه صحيحة و دقيقة و أنني لم أحجب أية معلومات قد تؤثر على قرار البنك أو شركة التأمين/مشغل التكافل.
- أتنى أعمل حالياً بشكل طبيعي و ليست لدي أي إصابة أو مرض يحول دون أدائي لجميع مهامي الوظيفية المعتمدة.
- أفوض أي مستشفى أو طبيب أو شخص آخر قام بعلاجني أو فحصي ليزود البنك أو شركة التأمين/مشغل التكافل عند طلب أية معلومات عن مرضي أو سيرتي الصحية أو الإستشارات أو الوصفات أو العلاج أو نسخ من تقارير المستشفى أو التقارير الطبية.
- أتنى قرأت وفهمت وأوافق على الالتزام بشروط وأحكام تغطية التأمين (تم حصولي على نسخة منها) مع أي تعديلات لاحقة.
- أتنى على علم أن جميع المنافع التي قد تصبح مستحقة الدفع بموجب تغطية التأمين تدفعها شركة التأمين/مشغل التكافل لبنك الخليج الدولي بغضن تغطية مستحقة لليبي.

أؤكد أن جميع الإجابات والبيانات المذكورة أعلاه صحيحة وأنه لم يتم حجب أو حذف أي حقائق جوهيرية تتعلق بحالتي الصحية والمهنية والعادات السابقة والحالية.
أؤكد أنني أفهم بوضوح أنه في حالة وجود أي خطأ أو تحريف و/أو قمع أي بيانات، يحق لشركة التأمين/مشغل التكافل رفض أي وجميع المطالبات تحت أي تغطية إذا تم إصدارها بناءً على هذا الاستبيان.

المكان

التاريخ

توقيع مقدم الطلب

التاريخ والمكان

التوقيع والرقم الوظيفي

اسم المسؤول من البنك