

Medical Declaration Form نموذج إقرار صحي

Name		الاسم
Occupation		المهنة
Address		العنوان
Date of Birth		تاريخ الميلاد
Sex		الجنس

Yes	No	يرجى وضع علامة في الخانة المناسبة للرد Please tick the appropriate box to answer
		1- هل تتلقى حالياً علاج طبي ، أو أي نوع من الرعاية الطبية ؟ 1- Are you currently receiving medical Treatment or medical care of any kind?
		2- هل تعاني في أي وقت مضى / أم أنك حالياً تعاني من : 2- Have you ever suffered or do you now suffer from :
		أ- الصرع ، نوبات إغماء أو تشنجات أو اضطرابات عقلية أخرى a) Epilepsy, fits or fainting attacks or other mental disturbances
		ب- سل ، ربو ، سعال دائم ، التهاب رئوي أو أي مرض صدري آخر b) Tuberculosis, asthma, persistent cough, pneumonia or any other chest disease
		ت - حمى الروماتيزم ، ضغط الدم ، اضطرابات بالجهاز الدوري أو القلب c) Rheumatic fever, Hypertension, Circulatory or Heart trouble ?
		ث - عسر الهضم ، إسهال مزمن أو متكرر ، قرحة بالمعدة أو الاثني عشر ، اليرقان ، آلام بالمرارة أو شكاوى بالمثانة d) Indigestion, Chronic or recurrent diarrhea, gastric or duodenal ulcer, jaundice, gall bladder complain?
		ج - أمراض السكري ، السرطان ، أي نوع من أنواع الأورام e) Diabetes mellitus, Cancer or tumor of any kind
		ح - حمى متكررة أو مستمرة f) Unexplained recurrent or persistent fever?
		خ - تعرق ليلي مستمر g) unexplained persistent night sweats ?
		د - نقصان بالوزن (الوزن الحالي) بالكجم (..... - الطول (بالمتر)) h) unexplained weight loss (Current Weight (in kg) - Height (in met.))
		ذ - اضطرابات جلدية i) Skin disorders?
		ر - الصداع المتكرر ، مرض عصبي ، أو انهيار عصبي j) Nervous disease or nervous breakdown frequent headaches ?
		ز - التهاب الكبد الوبائي (ب) ، أو أي من الأمراض التي تنتقل بالاتصال الجنسي (مثل .. الزهري ، السيلان) k) Hepatitis (B) or any sexually transmitted disease (e.g. syphilis, gonorrhoea) ?

	3 - لقد تلقيت أو هل تتوقع الحصول على أي أشعة سينية ، تخطيط القلب أو أي علاج / رعاية / فحوصات داخل مستشفى 3- have you received or do you expect to receive any x-rays, electro-cardiogram or any other Hospital or pathological investigation and / or treatment ?
	4 - هل لديك أي عيب خلقي أو عجز أو هل هناك أي غذاء أو مرض تعاني منه أو أي قابلية لمرض عدا ما ذكر أعلاه 4- have you any physical defect or infirmity or is there any aliment or disease form which you Suffered or to which you have a tendency other than stated above ?
	5 - هل هناك أية ظروف أخرى مثل المشاركة في الألعاب الخطيرة أو جوانب معينة من وظيفتكم يمكن اعتبارها خطيرة 5- Are there any other circumstances such as engaging in dangerous sports or particular aspects of Your occupation, which could be considered hazardous ?
	6 - هل أنت مدخن ؟ 6- Are you a smoker ?
	يرجى ذكر عدد السجائر في اليوم ، إذا كانت الإجابة بنعم ؟ Please state number of cigarettes a day if yes ?
	7 - للنساء فقط : هل أنت حامل حالياً ؟ 7- for women only : Are you currently pregnant ?
	8 - هل تخضع حالياً لأي نوع من علاج الأسنان ؟ 8- did you undergo any dental treatment ?
	إذا كان الجواب بنعم ، الرجاء التحديد : If yes, please specify:
	هل لديك أي معلومات طبية إضافية ؟ Do you have any additional medical information ?

I, the undersigned declare hereby that all the information provided under this form is correct and complete. I agree hereby that, failure to disclose any material fact (s) as far as this proposal is concerned (e.g. Pre-existing conditions) might result in considering the contract Null & Void, if issued. If your health changes after the declaration has been signed and before the company has approved the insurance, the company must be notified immediately.

أقر أنا الموقع أدناه أن جميع معلومات هذه النموذج صحيحة وكاملة. وأنفق هنا أن عدم الكشف عن أية حقائق فيما يتعلق بهذا النموذج (مثل الحالات السابقة) قد يؤدي إلى بطلان وإلغاء الوثيقة ، في حال تم إصدارها . وإذا تم أي تغييرات في الحالة الصحية بعد توقيع هذا الإقرار وقبل موافقة الشركة على التأمين ، وجب إخطار الشركة على الفور .

Signature	التوقيع
الموقع أعلاه أنهى بنفسه تعبئة هذا النموذج الخاص به The signatory above completed this proposal form?		لا No () نعم Yes ()
إذا كان الرد بـ لا .. الرجاء ذكر اسم من عبأ النموذج :		
If No, please provide the name of the person who completed this proposal :		
Name الاسم	Relation الصلة	
Signature التوقيع	Date التاريخ	