

إستمارة الفحص الطبي والتقرير الطبي لتأمين القروض البنكية

MEDICAL EXAMINATION FORM AND REPORT FOR BANK LOAN INSURANCE

GROUP CREDIT LIFE INSURANCE SCHEME

ملاحظة : يجب تعبئة الفقرات من "أ" بمعرفة المقترض

Note: Sections "A" to be filled in by the life assured.

"A" "A"

Name الاسم Date التاريخ
Age العمر Occupation المهنة
Passport No/ID Card رقم جواز السفر Nationality الجنسية
Address P.O.Box P.C..... العنوان

هل سبق وأن تعرضت لأي من الأمراض التالية ضع علامة (√) في حالة الإيجاب و (X) في حالة النفي :
Have you ever had any of the following ? / Please tick () for Yes and Cross () for No

TB	<input type="checkbox"/>	سل (درن)	Hypertension/Heart Disease	<input type="checkbox"/>	أمراض القلب/ارتفاع في ضغط الدم
Malaria	<input type="checkbox"/>	ملاريا	Diabetes	<input type="checkbox"/>	مرض السكر
Dysentery	<input type="checkbox"/>	دسنتاريا	Asthma / Allergy	<input type="checkbox"/>	ربو / حساسية
Enteric Fever	<input type="checkbox"/>	حمى معوية	Renal Disease	<input type="checkbox"/>	أمراض الكلي
Jaundice/ Hepatitis	<input type="checkbox"/>	يرقان / التهاب كبدي	Arthritis	<input type="checkbox"/>	التهاب المفاصل
Gonorrhoea	<input type="checkbox"/>	سيلان	Anaemia	<input type="checkbox"/>	فقر الدم
Syphilis	<input type="checkbox"/>	زهري	Peptic Ulcer	<input type="checkbox"/>	قرحة المعدة
Skin Diseases	<input type="checkbox"/>	أمراض جلدية	Psychiatric/Neurological Problems	<input type="checkbox"/>	أمراض نفسية وعصبية
Sickle Cell Anaemia	<input type="checkbox"/>	أنيميا الخلية المنجلية	Epilepsy/Migraine	<input type="checkbox"/>	صرع / صداع نصفي
Stroke	<input type="checkbox"/>	سكتة دماغية (ضربة)	Any major Illness	<input type="checkbox"/>	أي مرض هام
Major Operations	<input type="checkbox"/>	عمليات جراحية كبيرة		<input type="checkbox"/>	

FOR FEMALE CANDIDATES ONLY

للنساء فقط

هل أنت حامل؟ في حالة الحمل اذكرى المدة
Are you pregnant, if so, duration
هل تعانيين من مشاكل صحية مرتبطة بأمراض النساء؟
Any gynecological problems?

Have you ever been terminated from / refused employment on medical ground?
Yes / No (If yes, specify) _____

أصرح بأن المعلومات المقدمة منى أعلاه صحيحة حسب معرفتي واعتقادي
I declare that the above information given by me is true to the best of my knowledge & belief:
Date _____ التاريخ Signature: _____ التوقيع

I hereby permit the hospitals and clinics and the undersigned physician to furnish such information the company may need pertaining to my health status and other pertinent and medical findings and do hereby release them from any and all legal responsibility by doing so. I also certify that my medical history contained above is true and any false statement will disqualify me for the insurance scheme.

أوافق على أن يقوم المستشفى أو العيادة والطبيب الموقع أدناه بتقديم المعلومات التي قد تحتاجها الشركة حول وضعي الصحي ، وأعفيهم من كافة المسؤوليات القانونية التي قد تترتب على قيامهم بذلك . كما أقر بأن تاريخي الطبي الموضح أعلاه حقيقيا وأن أية معلومات مغلوطة سحرمني من برنامج التأمين .

توقيع المؤمن عليه
Signature of life assured.....
توقيع المسئول عن الفحص
Signature of Examiner

MEDICAL EXAMINATION الفحص الطبي (To be completed by Examining Doctor)

Ht.....Cms.....سم..... الطول	First Name	الاسم الأول.....
Sex	Wt..... Kg.....	الوزن..... كيلو غرام.....
TYPE OF MED.EXAMINATION نوع الفحص الطبي	RESULTS النتائج	
ENT : EYE: العيون EAR: الأذن NOSE & THROAT اليسرى Lt	Rt. اليمنى	
SYSTEM EXAM: CARDIO-VASCULAR BP..... HEART Pulse Urine Test	فحص أجهزة الجسم القلب والأوعية الدموية ضغط الدم القلب النبض فحص البول	
RESPIRATORY SYSTEM LUNGS CHEST X-RAY	الجهاز التنفسي الرئتين أشعة الصدر	
GASTRO INTESTINAL ABDOMEN Liver Spleen As cites OTHERS HERNIA	المعدة والأمعاء البن الكبد الطحال تجمع السائل أخرى فتاق	
GENITO – URINAL Kidneys Bladder Testis P.V	الجهازين البولي والتناسلي الكلبي المثانة الخصيتين المهبل	
SKELETAL	الهيكل العظمي	
DENTAL & MOUTH	الأسنان والفم	
EXTREMITIES	الأطراف	
DEFORMITIES	التشوهات	
SKIN	الجلد	
VENERAL DISEASES CLINICAL	الأمراض التناسلية سريريا	

ECG report required for loans above RO 25,000/- compulsorily.

In case the candidate is a pensioner/retired person, please specify whether he has been retired on medical grounds?. If yes, the reason thereof.

Please comment on declared Medical History. If significant.

Is the candidate at present being treated for any condition? (if yes, please specify):

Do you consider the candidate physically/mentally fit (Please specify):

Signature & Name of Examining Doctor
Qualifications:

Date:

Address