



فرم گواهی سلامت بیمه‌شدگان عمرانفرادی

بیمه شده گرامی، خواهشمند است به کلیه پرسشهای مندرج در این فرم با دقت و صداقت و به صورت خوانا پاسخ داده و سپس امضاء فرمایید. شرط اصلی داده بیمه‌نامه با شرایط جدید، صحت اطلاعات مندرج در این فرم بوده و به آن استناد خواهد شد.

بیمه‌نامه	نوع بیمه‌نامه:	شماره بیمه‌نامه:	تاریخ شروع بیمه نامه: ۱۳ / /
	سرمایه فوت:	مدت بیمه‌نامه:	تاریخ آخرین پرداخت: ۱۳ / /
	واحد صدور:	مبلغ اقساط معوق:	تعداد اقساط معوق:

بیمه گذار	نام:	نام خانوادگی:	نام پدر:
	کد ملی:	شماره شناسنامه:	تاریخ تولد: ۱۳ / /
	نشانی محل سکونت:	کدپستی محل سکونت:	تلفن همراه:
	تلفن محل سکونت:		
ایمیل آدرس:			

بیمه شده	نام:	نام خانوادگی:	نام پدر:
	کد ملی:	شماره شناسنامه:	تاریخ تولد: ۱۳ / /
	نشانی محل سکونت:	کدپستی محل سکونت:	تلفن همراه:
	تلفن محل سکونت:		
ایمیل آدرس:			

بلی خیر	بلی	بیماری	بلی خیر	بلی	بیماری	بلی خیر	بلی	وضعیت سلامتی بیمه شده	
									بلی خیر
		بیماری‌های قلبی، درد قفسه سینه و تنگی نفس فعالیتی و...	۲		بیماری دستگاه تنفسی (سرفه مزمن، آسم...)			وضعیت سلامتی بیمه شده	
		بیماری‌های گوارشی، کبد، پانکراس و...	۴		بیماری‌های خونی، سابقه تزریق خون، کم خونی				
		بیماری‌های داخلی اعصاب، تشنج، سکتة مغزی	۶		بیماری‌های اعصاب و روان، افسردگی و اضطراب و...				
		بیماری‌های گوش و حلق و بینی، چشمی و...	۸		بیماری‌های کلیه و مجاری ادرار...				
		بیماری‌های استخوانی، عضلات و مفاصل و...	۱۰		بیماری‌های پوستی، خالهای بزرگ				
		سابقه بیماری‌های عفونی مانند سل، هپاتیت و ایدز ...	۱۲		بیماری‌های غدد داخلی نظیر تیروئید و ..				
		بیماری مرض قند(دیابت)	۱۴		بیماری فشار خون				
		آیا سابقه تومور داشته‌اید؟	۱۶		آیا سابقه سرطان و بدخیمی داشته‌اید؟				
لطفاً از زمان شروع قرارداد به سئوالات زیر پاسخ دهید									
		آیا به بیماری یا عارضه دیگری مبتلا شده‌اید که ذکر نشده باشد؟	۱۸		آیا مورد عمل جراحی قرار گرفته یا بستری شده‌اید؟				
		آیا دچار از کارافتادگی شده‌اید؟	۲۰		آیا دچار نقص عضو شده‌اید؟				
		آیا کسی از بستگان درجه اول شما به بیماری سل، تشنج، مبتلا شده یا می‌باشد؟	۲۲		آیا در شش ماه گذشته کاهش وزن داشته‌اید؟				
		آیا در حال حاضر به لحاظ پزشکی سالم هستید؟	۲۴		آیا از دارو برای بیماری طولانی مدت استفاده می‌کنید؟				
		آیا بیماری‌های زنانه دارید؟	۲۶		آیا در حال حاضر باردار هستید؟				
		در صورت استفاده از هر یک از موارد ذیل، مقدار، نوع و مدت مصرف را اعلام نمایید.							سایر موارد
		<input type="checkbox"/> مواد مخدر			<input type="checkbox"/> مشروبات الکلی		<input type="checkbox"/> سیگار		
در صورت مثبت بودن هر کدام از سئوالات فوق با ذکر نام بیماری، زمان شروع بیماری، نوع و میزان داروی مصرفی، مدت زمان داروی مصرفی، درمان انجام شده و وضعیت فعلی (بیمه شده) را توضیح دهید.									
سوابق بیماری									



فرم گواهی سلامت بیمه‌شدگان عمر انفرادی

سؤالات عمومی	<p>قد بیمه شده سانتی متر وزن بیمه شده کیلوگرم</p> <p>اگر فعالیت‌های جنسی اعم از ورزش حرفه‌ای، مسافرت مستمر و ... انجام می‌دهید بیان فرمائید:</p>
--------------	---

در صورتیکه بستگان درجه یک (شما، پدر، مادر، خواهر و برادر) از زمان شروع قرار داد فوت کرده یا دچار بیماری شده‌اند حتما ذکر فرمایید.

خانواده بیمه شده	وضعیت سلامتی	افراد خانواده	سن	وضعیت سلامت در صورت حیات	علت فوت	افراد خانواده	سن	وضعیت سلامت در صورت حیات	علت فوت
پدر						خواهر			
مادر						برادر			

	توضیحات بیمه‌شده
--	------------------

گواهی بیمه شده
 بدینوسیله تعهد می‌نمایم که کلیه سؤالات مشروحه در این فرم را با صداقت و به نحو کامل جواب داده و از مقررات و شرایط عمومی بیمه‌نامه که جزء لاینفک این قرار داد می‌باشد، اطلاع کامل حاصل نموده و اعلام می‌نمایم که جواب‌های داده شده کاملاً درست و عین واقعیت بوده و مطلع هستم که هر گونه اظهار خلاف واقع و خودداری از واقع‌گویی به موجب قانون بیمه باعث باطل شدن قرار داد بیمه عمر و از دست دادن مزایای آن خواهد شد. ضمناً بیمه‌گر یا پزشکان معتمد اجازه دارند هرگونه اطلاعاتی را که راجع به وضع مزاجی و سلامت نیاز باشد، کسب نمایند.

مهر و امضاء نمایندگی / شعبه / مجتمع بیمه‌ای نام بیمه شده: امضاء بیمه شده: تاریخ:	محل امضاء
---	------------------

	نظر پزشک معتمد
نام، امضاء و مهر پزشک معتمد:	تاریخ: / / ۱۳

	نظر اداره پس صدور
نام و امضاء کارشناس اداره خدمات پس از صدور بیمه‌های عمر انفرادی	تاریخ: / / ۱۳