

فرم گواهی پزشکی بیمه عمر و تأمین آتیه

بیمه شده موظف است شخصا به هر یک از سوالات زیر در صورت تاخیر در پرداخت اقساط حق بیمه جهت تجدید اعتبار بیمه نامه پاسخ کامل و صحیح بدهد

نام و نام خانوادگی بیمه شده	تاریخ تولد	شماره بیمه نامه	تاریخ شروع بیمه نامه	تاریخ آخرین پوشش	مدت تأخیر تعداد (اقساط روز)	قد	وزن
شغل:	آدرس محل کار:	تلفن:					
آدرس منزل:	تلفن:						

سوالات پزشکی

آیا به بیماری های زیر دچار بوده یا هستید ؟

بیماری	بله	خیر	بیماری	بله	خیر	بیماری	بله	خیر
۱ قلب	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۱ صرع (تشنج)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۶ عفونی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۲ فشار خون	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۲ استخوان	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۷ تنفسی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۳ هر نوع تومور	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۳ خونی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۸ انواع هیاتیت و سل	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۴ مغز	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۴ روحی و عصبی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۹ کلیه و مجاری ادراری	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۵ گوارشی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۵ چشمی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۲۰ پوستی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

در صورت مثبت بودن پاسخ هر یک از سوالات فوق در این قسمت مشروحا توضیح دهید :

در صورتیکه به بیماری های دیگری غیر از موارد ذکر شده مبتلا بوده و یا هستید توضیح دهید :

آیا وضع سلامتی شما در حال حاضر نسبت به زمان شروع بیمه نامه تغییر کرده است ؟

بله خیر

آیا از تاریخ شروع بیمه نامه تا به حال در بیمارستان یا مراکز درمانی بستری بوده اید ؟

بله خیر

آیا در بین افراد خانواده شما (پدر ، مادر ، برادر و خواهر) از زمان شروع قرارداد تاکنون کسی فوت شده است ؟

بله خیر

آیا رشته (های) ورزشی خاصی انجام می دهید ؟

بله خیر تفریحی حرفه ای نام ببرید :

آیا سابقه مصرف سیگار / مشروبات الکلی و مواد مخدر داشته و یا در حال حاضر مصرف می نمایند ؟

بله خیر میزان و مدت زمان مصرف:

آیا باردار هستید ؟

بله خیر

(مخصوص بانوان)

آیا تاکنون خسارتی از محل بیمه نامه خود دریافت نموده اید ؟

بله خیر

در صورت مثبت بودن هر یک از سوالات فوق توضیح دهید :

اینجانب بدینوسیله تعهد می نمایم که کلیه جواب های داده شده کامل و با حقیقت منطبق بوده، بنابراین پوشش بیمه اینجانب بر پایه اظهارات فوق می باشد

امضاء بیمه شده :

مهر و امضاء نمایندگی (شاهد):

تاریخ :

تاریخ :

نظرات پزشک معتمد بیمه پاسارگاد راجع به وضع سلامتی بیمه شده و اداره صدور :