



فرم گواهی پزشکی بیمه عمر و تامین 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	تاریخ آخرین پرداختی	مدت تاخیر (تعداد اقساط/روز)	قد	وزن
شغل :								
آدرس محل کار :								
آدرس منزل :								
تلفن همراه :								
تلفن :								

سوالات پزشکی

لطفا پاسخ ابتلا یا عدم ابتلا به بیماری های قید شده در جدول ذیل را مشخص فرمائید :

بیماری	بله	خیر	بیماری	بله	خیر	بیماری	بله	خیر
1 قلب			11 صرع (تشنج)			6 غدد داخلی		
2 فشار خون			12 استخوان			7 سرطان		
3 هر نوع تومور			13 خونی			8 ایدز		
4 مغز			14 روحی و عصبی			9 دیابت		
5 گوارشی			15 چشمی			10 گوش و حلق و بینی		

در صورت مثبت بودن پاسخ هر یک از سوالات فوق ، نام کامل و علت بیماری ، زمان شروع آن ، نوع ، میزان و مدت زمان مصرف دارو و وضعیت فعلی خود را قید نمایید و در صورت انجام عمل جراحی ، زمان و علت مشخص را بنویسید :

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 ؟ خیر بلی توضیح دهید :

آیا از تاریخ شروع بیمه نامه تا به حال در بیمارستان یا مراکز درمانی بستری بوده اید ؟ خیر بلی توضیح دهید :

آیا رشته (های) ورزشی خاصی انجام می دهید ؟ خیر بلی تفریحی حرفه ای نام ببرید :

آیا سیگار / سایر مواد دخانی / مشروبات الکلی و مواد مخدر مصرف داشته یا می نمایید ؟ خیر بلی میزان و مدت زمان مصرف :

از موتور سیکلت جهت تردد استفاده می نمایید ؟ خیر بلی

چنانچه اخیرا آزمایش خون انجام داده اید آیا در خون شما موارد غیرعادی دیده شده است ؟ خیر بلی آیا در اثر حادثه مصدوم (دچار شکستگی شده اید ؟ خیر بلی در چه ناحیه ای :

آیا پلاتین دارید ؟ خیر بلی در صورت مثبت بودن پاسخ ، ناحیه و مدت زمان وجود پلاتین در بدن را مشخص نمایید :

آیا مورد عمل جراحی قرار گرفته اید ؟ خیر بلی نوع عمل ، زمان و نتیجه آن : آیا نقص عضو دارید ؟ خیر بلی در چه ناحیه ای :

آیا تاکنون خسارتی از محل بیمه نامه خود دریافت نموده اید؟ خیر بلی آیا دچار از کارافتادگی شده اید ؟ خیر بلی به چه میزان :

(در صورت مثبت بودن پاسخ هر یک از پرسش ها ، لطفا توضیح دهید :

آیا به بیماری کرونا مبتلا شده اید ؟ خیر بلی در صورت مثبت بودن آیا به دلیل ابتلا به کرونا بستری شده اید ؟ خیر بلی

در صورت پاسخ مثبت لطفا توضیح دهید :

آیا در خانواده شما (پدر، مادر، برادر، خواهر، همسر و فرزندان فردی به بیماری های سل ، سرطان ، قلبی ، غدد داخلی ، خونی ، مرض قند ، روحی عصبی و صرع مبتلا بوده و یا می باشند ؟ نام برده و توضیح دهید :

سوالات مخصوص بانوان : آیا سابقه بیماری های خاص زنانه داشته اید ؟ خیر بلی توضیح دهید :

آیا باردار هستید ؟ خیر بلی (از ادامه بیمه نامه برای بانوان باردار تا حداقل یک ماه پس از زایمان معذوریم آیا سابقه زایمان داشته اید ؟ خیر بلی

اینجانب تعهد می نمایم که کلیه پاسخ های ارائه شده کامل و با حقیقت منطبق بوده و پوشش های بیمه نامه اینجانب بر پایه اظهارات فوق می باشد .

نام و نام خانوادگی :

امضاء بیمه شده :

تاریخ :

گواهی می نمایم که بیمه شده رویت و فرم گواهی پزشکی توسط بیمه شده تکمیل و امضاء شده است .

مهر و امضاء نمایندگی (شاهد) :

تاریخ :

کد نمایندگی / نماینده فروش :

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