

شماره بیمه نامه: شعبه / نمایندگی / کارگزار:
نام بیمه گذار: کد:

نام و نام خانوادگی:
کد ملی: شماره شناسنامه: محل تولد: محل صدور: نام پدر: تاریخ تولد:/...../۱۳.....
شغل اصلی در حال حاضر: شغل گذشته یا فرعی:
محل سکونت (الزامی): استان، شهر و آدرس: تلفن ثابت (با ذکر کد شهر):
محل کار: استان، شهر و آدرس: کد پستی:
قد: سانتی متر وزن: کیلوگرم تاریخ استخدام:

آیا تا به حال به بیماری های زیر مبتلا بوده یا می باشید؟ در صورت مثبت بودن پاسخ هر یک از موارد ذیل تاریخ بروز و مدت بیماری و عوارض بجا مانده و نام پزشک معالج را با ذکر شماره سوال بنویسید:

۱. بیماری های دستگاه تنفسی مانند سرفه مزمن، تنگی نفس به هنگام فعالیت، آسم و خلط چرکی یا خونی. بلی خیر
۲. بیماری های قلب و عروق بخصوص فشار خون و درد قفسه سینه، سکت قلبی، واریس. بلی خیر
۳. بیماری های خونی، سابقه تزریق خون، کم خونی، خونریزی های بدون علت. بلی خیر
۴. بیماری های گوارشی، کبد، پانکراس، دردهای مزمن شکمی، خونریزی گوارشی، تهوع و استفراغ مکرر، زردی. بلی خیر
۵. بیماری های اعصاب و روان، اضطراب، افسردگی، خودکشی. بلی خیر
۶. بیماری های داخلی اعصاب، تشنج، سکت مغزی، مشکلات حرکتی، فراموشی. بلی خیر
۷. بیماری های کلیه، مجاری ادرار، مشکلات پروستات، خون در ادرار، سوزش ادرار، سنگ کلیه. بلی خیر
۸. بیماری های گوش و حلق و بینی، چشمی، کاهش شنوایی، خونریزی های بینی، کاهش بینایی، نابینایی، سرگیجه و غیره بلی خیر
۹. بیماری های پوستی، خال های بزرگ یا در حال رشد، خال های تغییر رنگ یافته، زخم طول کشیده، خونریزی های زیر پوستی، توده جلدی و غدد لنفاوی بزرگ شده. بلی خیر
۱۰. بیماری های استخوانی، عضلات و مفاصل، درد های عضلانی، دردهای ستون فقرات، خشکی و درد مفاصل. بلی خیر
۱۱. بیماری های غدد داخلی نظیر تیروئید و دیابت و یا... کاهش یا افزایش اشتها، چربی خون بالا. بلی خیر
۱۲. سابقه بیماری های عفونی مانند سل، هیپاتیت، حصه، تب مالت، مالاریا، ایدز، کیست هیداتیک. بلی خیر
۱۳. آیا به بیماری و عارضه دیگری مبتلا شده اید که در فوق ذکر نشده باشد؟ بلی خیر
۱۴. آیا مورد عمل جراحی قرار گرفته اید؟ در صورت مثبت بودن نوع عمل و تاریخ آن را توضیح دهید؟ بلی خیر
۱۵. آیا دچار نقص عضو یا از کارافتادگی شده اید؟ در صورت مثبت بودن شرح دهید؟ بلی خیر
۱۶. آیا سابقه بستری شدن در بیمارستان یا آسایشگاه را دارید؟ در صورت مثبت بودن علت آن، مدت و تاریخ بستری را توضیح دهید؟ بلی خیر
۱۷. آیا از سیگار، مشروبات الکلی و مواد مخدر استفاده می کنید؟ در صورت مثبت بودن نوع و میزان و مدت مصرف آن را ذکر کنید؟ بلی خیر
۱۸. آیا از دارو برای بیماری طولانی مدت استفاده کرده یا می کنید؟ در صورت مثبت بودن نوع و میزان مصرف دارو را ذکر کنید؟ بلی خیر
۱۹. آیا کسی از بستگان درجه اول شما به بیماری سل، تشنج، سرطان، بیماری قلبی، فشار خون، مرض قند، نارسایی کلیه، سکت مغزی بیماری مادر زادی یا بیماری روحی و عصبی مبتلا بوده یا می باشد؟ در صورت مثبت بودن توضیح دهید؟ بلی خیر
۲۰. آیا در شش ماه گذشته کاهش وزن داشته اید؟ در صورت مثبت بودن میزان و علت کاهش وزن را توضیح دهید؟ بلی خیر
۲۱. آیا در حال حاضر کاملا سالم هستید؟ بلی خیر

توضیحات:

.....

.....

.....

۱. آیا دچار عوارض و بیماری های ناشی از حاملگی و زایمان نظیر فشار خون یا مسمومیت حاملگی، سقط جنین، مول و عفونت هاو خونریزی بعد از زایمان و غیره شده اید؟ بلی خیر
 ۲. آیا بیماری های خاص زنان داشته اید؟ بلی خیر
 ۳. آیا دچار ترشح، خونریزی، توده یا درد در ناحیه سینه و یا زیر بغل شده اید؟ بلی خیر
 ۴. آیا خونریزی غیرطبیعی و یا لکه بینی داشته اید؟ بلی خیر
- توضیحات:
-

FO-LG-02-02

| ردیف | نام و نام خانوادگی | نسبت | درقید حیات | تشریح وضعیت سلامتی | سن فوت (سال) | تاریخ فوت | علت فوت |
|------|--------------------|------|------------|--------------------|--------------|-----------|---------|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

مشخصات افراد خانواده

آیا هیچ یک از افراد نامبرده بعلت بیماریهای ذکر شده درقسمت فوق تحت معالجه و یا مشورت پزشک بوده اند؟.....
 آیا تا بحال درخواست بیمه عمر و یا حوادثی نموده اید که به دلایلی شرکت بیمه آن را رد یا به تعویق انداخته باشد و یا با اضافه نرخ بیمه نموده باشد؟.....
 در صورت مثبت بودن پاسخ توضیح دهید؟.....

بدینوسیله اینجانب گواهی و تأیید می نمایم که به کلیه پرسشهای این پرسشنامه با صداقت و حقیقت پاسخ داده و در صورت اظهار خلاف واقع، بیمه گر می تواند نسبت به حذف پوشش بیمه اینجانب اقدام نماید.

امضاء بیمه شده / تاریخ تکمیل فرم:

مسئولیت صحت و سقم پاسخهای ارائه شده بر عهده کارمند می باشد که در صورت عدم ذکر حقیقت، شرکت بیمه وفق مقررات عمل خواهد نمود.
 این شرکت به عنوان کارفرمای نامبرده بدینوسیله تأیید می نماید که طی مدت رابطه استخدامی:
 نامبرده دچار بیماری حاد و یا اعمال جراحی نشده و مرخصی طویل المدت نداشته است.
 نامبرده به بیماری..... دچار و یا دارای عمل جراحی..... بوده و طول درمان به مدت..... داشته است.

اعلام نظر و تأیید کارفرما
(بیمه گذار)

مهر و امضاء بیمه گذار / تاریخ تأیید فرم:

.....

 مهر و امضاء پزشک معتمد:

نظر پزشک معتمد بیمه نوین
در خصوص سلامتی بیمه شده

با توجه به مطالب اظهار شده از سوی بیمه شده و بیمه گذار و نظر پزشک معتمد، پوشش نامبرده در بیمه نامه عمر گروهی:
 الف) بلامانع است ب) امکان پذیر نمی باشد ج) با اضافه نرخ به میزان.....٪ امکان پذیر است

مهر یا امضاء کارشناس صدور:

نظر کارشناس صدور عمر گروهی
بیمه نوین