



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	مدت تاخیر (تعداد روز/اقساط/روز)	قد	وزن
شغل :							
آدرس محل کار :				تلفن :			
آدرس منزل :				تلفن :			

سوالات پزشکی

آیا به بیماری های زیر دچار بوده و یا هستید ؟

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 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 نمائید ؟ بله خیر میزان و مدت زمان مصرف :

آیا باردار هستید ؟ (مخصوص بانوان) بله خیر (از ادامه پوشش بیمه برای بانوان باردار تا یک ماه پس از زایمان معذوریم)

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 :