

فرم گواهی پزشکی بیمه عمر و تأمین آتیه

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

نام و نام خانوادگی	تاریخ تولد	شماره بیمه نامه	تاریخ شروع بیمه	تاریخ آخرین پوشش	مدت تأخیر	قد	وزن
آدرس محل کار: آدرس منزل: تلفن: تلفن:							

سوالات پزشکی

آیا به بیماریهای زیر دچار بوده و یا هستید؟

بیماری	بله	خیر	بیماری	بله	خیر	بیماری	بله	خیر
۱ قلب			۶ سرطان			۱۱ هر نوع بیماری خونی		
۲ فشار خون			۷ ایدز			۱۲ بیماری روحی و عصبی		
۳ هر نوع تومور			۸ مرض قند			۱۳ هر نوع بیماری عفونی		
۴ مغز			۹ اعتیاد			۱۴ هر نوع بیماری تنفسی		
۵ غدد درون ریز			۱۰ بیماری استخوان			۱۵ سایر بیماریها		

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

در صورتیکه به بیماریهای 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

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

اینجانب بدینوسیله تعهد می نمایم که کلیه جوابهای 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: