

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:				تلفن:			
آدرس منزل:				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:

بله خیر

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؟

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: