

شماره بیمه نامه: ----- کد رایانه بیمه نامه: ----- تاریخ صدور بیمه نامه: -----
 نام و نام خانوادگی بیمه گذار: ----- نام و نام خانوادگی بیمه شده: -----
 شغل بیمه گذار: ----- شغل بیمه شده: ----- شماره همراه بیمه گذار: -----

بیمه شده		بیمه گذار	
قد بیمه شده----- سانتی متر	وزن بیمه شده ----- کیلوگرم	قد بیمه گذار----- سانتی متر	وزن بیمه گذار ----- کیلوگرم
آیا ورزش حرفه ای، مسافرت های مستمر و یا فعالیت های جنبی دیگر انجام می دهید؟		آیا ورزش حرفه ای، مسافرت های مستمر و یا فعالیت های جنبی دیگر انجام می دهید؟	

وضعیت سلامت افراد خانواده		وضعیت سلامت افراد خانواده	
پدر:سن ----- نوع بیماری----- علت فوت-----	مادر:سن ----- نوع بیماری----- علت فوت-----	پدر:سن ----- نوع بیماری----- علت فوت-----	مادر:سن ----- نوع بیماری----- علت فوت-----

سابقه ابتلا یا داشتن بیماری در بیمه شده			سابقه ابتلا یا داشتن بیماری در بیمه گذار		
بله	خیر		بله	خیر	
بیماری های قلب و عروق شامل درد قفسه سینه و فشار خون یا سکت			بیماری های قلب و عروق شامل درد قفسه سینه و فشار خون یا سکت		
بیماری های دستگاه تنفسی(سرفه مزمن، آسم)			بیماری های دستگاه تنفسی(سرفه مزمن، آسم)		
بیماری های غدد داخلی نظیر تیروئید، قند (دیابت)			بیماری های غدد داخلی نظیر تیروئید، قند (دیابت)		
بیماری های خونی شامل سابقه تزریق خون، کم خونی و تالاسمی			بیماری های خونی شامل سابقه تزریق خون، کم خونی و تالاسمی		
بیماری های افسردگی، تشنج و سکت مغزی و ام اس			بیماری های افسردگی، تشنج و سکت مغزی و ام اس		
سرطان ها(پوست، معده، مغز و غیره)			سرطان ها(پوست، معده، مغز و غیره)		
بیماری های استخوانی، عضلات، مفاصل و مشکلات حرکتی			بیماری های استخوانی، عضلات، مفاصل و مشکلات حرکتی		
بیماری های عفونی، مانند سل، هپاتیت، ایدز			بیماری های عفونی، مانند سل، هپاتیت، ایدز		
بیماری های کلیه و مجاری ادراری و پروستات، سنگ کلیه			بیماری های کلیه و مجاری ادراری و پروستات، سنگ کلیه		
مشکل بینایی یا شنوایی(کم بینایی، نابینایی، کم شنوایی، ناشنوایی)			مشکل بینایی یا شنوایی(کم بینایی، نابینایی، کم شنوایی، ناشنوایی)		
استفاده از دارو به طور منظم و بیش از ۶ ماه			استفاده از دارو به طور منظم و بیش از ۶ ماه		
آیا از سیگار(قلیان) استفاده می نمایید؟----- نخ ----- باردردر روز			آیا از سیگار(قلیان) استفاده می نمایید؟----- نخ ----- باردردر روز		
آیا از مواد مخدر یا مشروبات الکلی استفاده می نمایید؟			آیا از مواد مخدر یا مشروبات الکلی استفاده می نمایید؟		
آیا در شش ماه گذشته کاهش یا افزایش وزن داشته اید؟			آیا در شش ماه گذشته کاهش یا افزایش وزن داشته اید؟		
آیا تاکنون بستری یا عمل جراحی در بیمارستان داشته اید؟			آیا تاکنون بستری یا عمل جراحی در بیمارستان داشته اید؟		
آیا به بیماری دیگری مبتلا بوده اید که ذکر نشده باشد؟			آیا به بیماری دیگری مبتلا بوده اید که ذکر نشده باشد؟		
آیا دچار نقص عضو شده اید؟کدام ناحیه----- چند درصد-----			آیا دچار نقص عضو شده اید؟کدام ناحیه----- چند درصد-----		
مخصوص بانوان			مخصوص بانوان		
آیا بیماریهای زنانه دارید؟			آیا بیماریهای زنانه دارید؟		
آیا در حال حاضر باردار هستید؟			آیا در حال حاضر باردار هستید؟		

در صورت مثبت بودن هر یک از سوالات فوق به صورت مشروح توضیح فرمایید.

تایید بیمه گذار
اینجانبان(بیمه گذار و بیمه شده) امضا کنندگان این درخواست اعلام می داریم که به تمامی سوالات مشروحه در این فرم با صداقت و به صورت کامل پاسخ داده و موافقت می نمایم از تاریخ تأیید این فرم در صورت عدم پرداخت حق بیمه در مهلت مقرر حق بیمه خطر فوت، پوشش های اضافی و سایر هزینه های بیمه نامه از اندوخته بیمه نامه کسر گردد. نام و نام خانوادگی بیمه گذار تاریخ / امضا
نام و نام خانوادگی بیمه شده تاریخ / امضا

تایید بیمه گذار	تایید پزشک معتمد
اظهار نظر پزشکی معتمد: ----- ----- ----- <input type="checkbox"/> ادامه بیمه نامه با شرایط فوق الذکر و پرداخت یکجای اقساط معوق به مبلغ ----- ریال بلامانع است. <input type="checkbox"/> ادامه بیمه نامه به صلاح نمی باشد. نام نام خانوادگی کارشناس:----- تاریخ/امضا	اظهار نظر نهایی: ----- ----- ----- مهر/امضا پزشک معتمد: تاریخ