

فرم گواهی سلامت بیمه‌گذار / بیمه‌شده

بیمه‌گذار/بیمه‌شده محترم، خواهشمند است به موارد مندرج در این فرم با دقت و به صورت خوانا پاسخ دهید.

شماره بیمه‌نامه:	تاریخ شروع بیمه‌نامه:	نوع محصول:	تاریخ درخواست:																
بیمه‌گذار	نام و نام خانوادگی: تلفن ثابت:	کد ملی: تلفن همراه:	تاریخ تولد: / / ۱۳ شغل بیمه‌گذار:																
بیمه‌شده	نام و نام خانوادگی: تلفن ثابت:	کد ملی: تلفن همراه:	تاریخ تولد: / / ۱۳ شغل بیمه‌شده:																
سوالات پزشکی و عمومی مربوط به بیمه‌شده / بیمه‌گذار	(۱) قد: سانتی‌متر وزن: کیلوگرم (۲) آیا ورزش‌های رزمی یا حرفه‌ای انجام می‌دهید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> رشته ورزشی و ساعت تمرین در هفته را مشخص نمایید: (۳) آیا از معافیت پزشکی در خدمت نظام وظیفه استفاده کرده‌اید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> علت معافیت: (تصویر کارت معافیت پزشکی ضمیمه گردد) (۴) به هیچ بیماری مبتلا نبوده و در حال حاضر کاملاً سالم می‌باشم <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت منفی بودن پاسخ، آیا سابقه ابتلا به بیماری‌های ذیل را داشته‌اید؟																		
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> (۱) بیماری‌های دستگاه تنفسی (سرفه مزمن، آسم و ...)</td> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> (۵) بیماری‌های گوش و حلق و بینی و چشمی و ...</td> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> (۹) بیماری‌های داخلی و یا بیماری‌های واگیردار</td> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> (۲) بیماری‌های قلبی-عروقی، درد قفسه‌سینه، تنگی نفس فعالیتی</td> <td><input type="checkbox"/> (۶) بیماری‌های اعصاب و روان، افسردگی و اضطراب</td> <td><input type="checkbox"/> (۱۰) بیماری‌های پوستی، خال‌های بزرگ</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> (۳) بیماری‌های خونی، سابقه تزریق خون، کم خونی</td> <td><input type="checkbox"/> (۷) بیماری‌های عفونی، سل، هپاتیت، ایدز و ...</td> <td><input type="checkbox"/> (۱۱) بیماری‌های کلیه، مجاری ادرار، دستگاه تناسلی و غیره</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> (۴) بیماری‌های گوارشی، کبد، پانکراس و غیره...</td> <td><input type="checkbox"/> (۸) بیماری‌های استخوانی، عضلات و مفاصل و ...</td> <td><input type="checkbox"/> (۱۲) بیماری‌های غدد داخلی نظیر تیروئید و غیره</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> (۱) بیماری‌های دستگاه تنفسی (سرفه مزمن، آسم و ...)	<input type="checkbox"/> (۵) بیماری‌های گوش و حلق و بینی و چشمی و ...	<input type="checkbox"/> (۹) بیماری‌های داخلی و یا بیماری‌های واگیردار	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (۲) بیماری‌های قلبی-عروقی، درد قفسه‌سینه، تنگی نفس فعالیتی	<input type="checkbox"/> (۶) بیماری‌های اعصاب و روان، افسردگی و اضطراب	<input type="checkbox"/> (۱۰) بیماری‌های پوستی، خال‌های بزرگ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (۳) بیماری‌های خونی، سابقه تزریق خون، کم خونی	<input type="checkbox"/> (۷) بیماری‌های عفونی، سل، هپاتیت، ایدز و ...	<input type="checkbox"/> (۱۱) بیماری‌های کلیه، مجاری ادرار، دستگاه تناسلی و غیره	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (۴) بیماری‌های گوارشی، کبد، پانکراس و غیره...	<input type="checkbox"/> (۸) بیماری‌های استخوانی، عضلات و مفاصل و ...	<input type="checkbox"/> (۱۲) بیماری‌های غدد داخلی نظیر تیروئید و غیره	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> (۱) بیماری‌های دستگاه تنفسی (سرفه مزمن، آسم و ...)	<input type="checkbox"/> (۵) بیماری‌های گوش و حلق و بینی و چشمی و ...	<input type="checkbox"/> (۹) بیماری‌های داخلی و یا بیماری‌های واگیردار	<input type="checkbox"/>															
	<input type="checkbox"/> (۲) بیماری‌های قلبی-عروقی، درد قفسه‌سینه، تنگی نفس فعالیتی	<input type="checkbox"/> (۶) بیماری‌های اعصاب و روان، افسردگی و اضطراب	<input type="checkbox"/> (۱۰) بیماری‌های پوستی، خال‌های بزرگ	<input type="checkbox"/>															
	<input type="checkbox"/> (۳) بیماری‌های خونی، سابقه تزریق خون، کم خونی	<input type="checkbox"/> (۷) بیماری‌های عفونی، سل، هپاتیت، ایدز و ...	<input type="checkbox"/> (۱۱) بیماری‌های کلیه، مجاری ادرار، دستگاه تناسلی و غیره	<input type="checkbox"/>															
	<input type="checkbox"/> (۴) بیماری‌های گوارشی، کبد، پانکراس و غیره...	<input type="checkbox"/> (۸) بیماری‌های استخوانی، عضلات و مفاصل و ...	<input type="checkbox"/> (۱۲) بیماری‌های غدد داخلی نظیر تیروئید و غیره	<input type="checkbox"/>															
	در صورت ابتلا به هر یک از بیماری‌های فوق و یا هر نوع بیماری دیگر، نام و تاریخ ابتلا، نوع، میزان داروی مصرفی، نام پزشک معالج و وضعیت فعلی خود را اعلام و سوابق بیماری و مدارک پزشکی را ضمیمه نمایید.																		
	(۵) چنانچه دارای هرگونه نقص عضو هستید با ذکر علت، ناحیه و درصد بیان نمایید: (۶) در صورت فوت اعضا خانواده (پدر، مادر، خواهر، برادر، همسر، فرزندان) از زمان شروع بیمه‌نامه، کمتر از ۶۵ سالگی علت را توضیح فرمایید؟ (۷) آیا از سیگار/ پپ/ قلیان و یا مواد مخدر استفاده کرده یا می‌کنید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> میزان و مدت مصرف آن: (۸) آیا از زمان شروع بیمه‌نامه در بیمارستان، مرکز درمانی و یا آسایشگاه بستری شده‌اید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت مثبت بودن، علت را توضیح دهید: (۹) آیا از زمان شروع بیمه‌نامه تحت عمل جراحی قرار گرفته‌اید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نوع، تاریخ عمل و نتیجه آن را ذکر و حسب مورد گزارش عمل و پاتولوژی را ضمیمه نمایید: (۱۰) آیا دارویی را به طور مستمر مصرف می‌نمایید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نوع دارو: مدت زمان مصرف: (۱۱) آیا در ۶ ماه گذشته کاهش یا افزایش وزن شدید داشته‌اید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> به چه علت، چند کیلوگرم، در طی چه مدت: (۱۲) آیا در حال حاضر تحت نظر پزشک می‌باشید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> به چه علت:																		
	بانوان	(۱۳) آیا در حال حاضر باردار هستید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت مثبت بودن، ماه بارداری ذکر شود:																	
	بیمه‌شده / بیمه‌گذار	اینجانب تعهد می‌نمایم که به کلیه سوالات با صداقت پاسخ داده و اطلاع دارم که پوشش بیمه اینجانب بر پایه اظهارات فوق می‌باشد و هرگونه اظهار خلاف واقع به موجب قانون باعث ابطال قرارداد می‌گردد. نام و نام خانوادگی بیمه‌گذار / بیمه‌شده: تاریخ، امضا:																	
هویت بیمه‌شده / بیمه‌گذار	اینجانب کد ضمن احراز هویت <input type="checkbox"/> بیمه‌شده <input type="checkbox"/> بیمه‌گذار محترم، سرکار خانم/جناب آقای و ارائه اطلاعات و توضیحات کافی در خصوص تبعات تغییرات مورد درخواست، انجام تغییرات مورد نظر را مطابق درخواست مشروحه فوق در بیمه‌نامه عمر انفرادی ایشان به شماره را تایید می‌نمایم.																		
تذکرات	تذکر ۱: مسئولیت هرگونه تبعات حقوقی ناشی از سوء استفاده‌های احتمالی ناشی از مندرجات درخواستی در این فرم به عهده نمایندگی بیمه خواهد بود. تذکر ۲: کلیه درخواست‌هایی که منجر به تغییر حق بیمه می‌شود از ابتدای سال بیمه‌ای جدید اعمال خواهد شد.																		
ستاد	نظر پزشک معتمد:	نظر کارشناس مسئول:	تاریخ، مهر و امضا:																