

## 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: ..... کد ملی: ..... تلفن ثابت: ..... تلفن همراه: .....	..... ..... .....	تاریخ تولد: / / ۱۳ ..... شغل بیمه‌گذار: .....												
بیمه‌شده	نام و نام خانوادگی: ..... کد ملی: ..... تلفن ثابت: ..... تلفن همراه: .....	..... ..... .....	تاریخ تولد: / / ۱۳ ..... شغل بیمه‌شده: .....												
<p><b>در صورتی که بیمه‌گذار دارای پوشش "معافیت از پرداخت حق بیمه" باشد در این قسمت وضعیت سلامت بیمه‌گذار تکمیل گردد. در سایر موارد، در این قسمت "وضعیت سلامت بیمه‌شده" درج گردد:</b></p>															
<p>۱) قد: ..... سانتی‌متر      وزن: ..... کیلوگرم</p> <p>۲) آیا ورزشهای رزمی یا حرفه‌ای انجام می‌دهید؟      بله <input type="checkbox"/>      خیر <input type="checkbox"/> رشته ورزشی و ساعت تمرین در هفته را مشخص نمایید: .....</p> <p>۳) آیا از معافیت پزشکی در خدمت نظام وظیفه استفاده کرده‌اید؟      بله <input type="checkbox"/>      خیر <input type="checkbox"/> علت معافیت: .....</p> <p>۴) به هیچ بیماری مبتلا نبوده و در حال حاضر کاملا سالم می‌باشم بله <input type="checkbox"/>      خیر <input type="checkbox"/> در صورت منفی بودن پاسخ، آیا سابقه ابتلا به بیماری‌های ذیل را داشته‌اید؟</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> (۱) بیماری‌های دستگاه تنفسی (سرفه مزمن، آسم و ...)</td> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> (۵) بیماری‌های گوش و حلق و بینی و چشمی و ...</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> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> (۳) بیماری‌های خونی، سابقه تزریق خون، کم خونی</td> <td><input type="checkbox"/> (۷) بیماری‌های عفونی، سل، هیاتیت، ایدز و ...</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> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> (۹) بیماری‌های داخلی و یا بیماری‌های واگیردار</td> <td><input type="checkbox"/> (۱۰) بیماری‌های پوستی، خال‌های بزرگ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> (۱۱) بیماری‌های کلیه، مجاری ادرار، دستگاه تناسلی و غیره</td> <td><input type="checkbox"/> (۱۲) بیماری‌های غدد داخلی نظیر تیروئید و غیره</td> </tr> </table> <p>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.</p> <p>۵) چنانچه دارای هرگونه نقص عضو هستید با ذکر علت، ناحیه و درصد بیان نمایید: .....</p> <p>۶) در صورت فوت اعضا خانواده (پدر، مادر، خواهر، برادر، همسر، فرزندان) از زمان شروع بیمه‌نامه، کمتر از ۶۵ سالگی علت را توضیح فرمایید؟ .....</p> <p>۷) آیا از سیگار / پپ / قلیان و یا مواد مخدر استفاده کرده یا می‌کنید؟      بله <input type="checkbox"/>      خیر <input type="checkbox"/> میزان و مدت مصرف آن: .....</p> <p>۸) آیا از زمان شروع بیمه‌نامه در بیمارستان، مرکز درمانی و یا آسایشگاه بستری شده‌اید؟      بله <input type="checkbox"/>      خیر <input type="checkbox"/> در صورت مثبت بودن، علت را توضیح دهید: .....</p> <p>۹) آیا از زمان شروع بیمه‌نامه تحت عمل جراحی قرار گرفته‌اید؟      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: .....</p> <p>۱۰) آیا دارویی را به طور مستمر مصرف می‌نمایید؟      بله <input type="checkbox"/>      خیر <input type="checkbox"/> نوع دارو: ..... مدت زمان مصرف: .....</p> <p>۱۱) آیا در ۶ ماه گذشته کاهش یا افزایش وزن شدید داشته‌اید؟      بله <input type="checkbox"/>      خیر <input type="checkbox"/> به چه علت، چند کیلوگرم، در طی چه مدت: .....</p> <p>۱۲) آیا در حال حاضر تحت نظر پزشک می‌باشید؟      بله <input type="checkbox"/>      خیر <input type="checkbox"/> به چه علت: .....</p>				<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"/> (۲) بیماری‌های قلبی-عروقی، درد قفسه‌سینه، تنگی نفس فعالیتی	<input type="checkbox"/> (۶) بیماری‌های اعصاب و روان، افسردگی و اضطراب	<input type="checkbox"/> (۳) بیماری‌های خونی، سابقه تزریق خون، کم خونی	<input type="checkbox"/> (۷) بیماری‌های عفونی، سل، هیاتیت، ایدز و ...	<input type="checkbox"/> (۴) بیماری‌های گوارشی، کبد، پانکراس و غیره...	<input type="checkbox"/> (۸) بیماری‌های استخوانی، عضلات و مفاصل و ...	<input type="checkbox"/> (۹) بیماری‌های داخلی و یا بیماری‌های واگیردار	<input type="checkbox"/> (۱۰) بیماری‌های پوستی، خال‌های بزرگ	<input type="checkbox"/> (۱۱) بیماری‌های کلیه، مجاری ادرار، دستگاه تناسلی و غیره	<input type="checkbox"/> (۱۲) بیماری‌های غدد داخلی نظیر تیروئید و غیره
<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"/> (۲) بیماری‌های قلبی-عروقی، درد قفسه‌سینه، تنگی نفس فعالیتی	<input type="checkbox"/> (۶) بیماری‌های اعصاب و روان، افسردگی و اضطراب														
<input type="checkbox"/> (۳) بیماری‌های خونی، سابقه تزریق خون، کم خونی	<input type="checkbox"/> (۷) بیماری‌های عفونی، سل، هیاتیت، ایدز و ...														
<input type="checkbox"/> (۴) بیماری‌های گوارشی، کبد، پانکراس و غیره...	<input type="checkbox"/> (۸) بیماری‌های استخوانی، عضلات و مفاصل و ...														
<input type="checkbox"/> (۹) بیماری‌های داخلی و یا بیماری‌های واگیردار	<input type="checkbox"/> (۱۰) بیماری‌های پوستی، خال‌های بزرگ														
<input type="checkbox"/> (۱۱) بیماری‌های کلیه، مجاری ادرار، دستگاه تناسلی و غیره	<input type="checkbox"/> (۱۲) بیماری‌های غدد داخلی نظیر تیروئید و غیره														
بانوان	۱۳) آیا در حال حاضر باردار هستید؟      بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت مثبت بودن، ماه بارداری ذکر شود: .....														
بیمه‌شده / بیمه‌گذار	گواهی	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	تأیید در خواست و احراز	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 تأیید می‌نمایم. کارشناس شعبه: ..... تاریخ، مهر و امضا: نماینده معرف: تاریخ، مهر و امضا:													
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.														