

فرم گواهی سلامت بیمه‌گذار / بیمه‌شده

بیمه‌گذار محترم، خواهشمند است موارد مندرج در این فرم را با دقت و به صورت خوانا تکمیل فرمایید.

شماره بیمه‌نامه:	تاریخ شروع بیمه‌نامه:	نوع محصول:	تاریخ درخواست:																
بیمه‌گذار	نام و نام خانوادگی: تلفن ثابت:	کدملی: تلفن همراه:	تاریخ تولد: / / ۱۳ شغل بیمه‌گذار:																
بیمه‌شده	نام و نام خانوادگی: تلفن ثابت:	کدملی: تلفن همراه:	تاریخ تولد: / / ۱۳ شغل بیمه‌شده:																
<p>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:</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 کاملاً 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: 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"/> (۱۰) بیماری‌های پوستی، خال‌های بزرگ</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"/> (۱۱) بیماری‌های کلیه، مجاری ادرار، دستگاه تناسلی و غیره</td> <td><input type="checkbox"/> (۱۲) بیماری‌های غدد داخلی نظیر تیروئید و غیره</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> (۳) بیماری‌های خونی، سابقه تزریق خون، کم خونی</td> <td><input type="checkbox"/> (۷) بیماری‌های عفونی، سل، هیپاتیت، ایدز و ...</td> <td colspan="2"></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 colspan="2"></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"/> (۹) بیماری‌های داخلی و یا بیماری‌های واگیردار	<input type="checkbox"/> (۱۰) بیماری‌های پوستی، خال‌های بزرگ	<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"/> (۱۱) بیماری‌های کلیه، مجاری ادرار، دستگاه تناسلی و غیره	<input type="checkbox"/> (۱۲) بیماری‌های غدد داخلی نظیر تیروئید و غیره	<input type="checkbox"/> (۳) بیماری‌های خونی، سابقه تزریق خون، کم خونی	<input type="checkbox"/> (۷) بیماری‌های عفونی، سل، هیپاتیت، 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"/> (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"/> (۱۰) بیماری‌های پوستی، خال‌های بزرگ																
<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"/> (۱۱) بیماری‌های کلیه، مجاری ادرار، دستگاه تناسلی و غیره	<input type="checkbox"/> (۱۲) بیماری‌های غدد داخلی نظیر تیروئید و غیره																
<input type="checkbox"/> (۳) بیماری‌های خونی، سابقه تزریق خون، کم خونی	<input type="checkbox"/> (۷) بیماری‌های عفونی، سل، هیپاتیت، ایدز و ...																		
<input type="checkbox"/> (۴) بیماری‌های گوارشی، کبد، پانکراس و غیره ...	<input type="checkbox"/> (۸) بیماری‌های استخوانی، عضلات و مفاصل و ...																		
<p>۱۳) آیا در حال حاضر باردار هستید؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت مثبت بودن، ماه بارداری ذکر شود:</p>																			
<p>گواهی بیمه‌شده / بیمه‌گذار</p> <p>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.</p> <p>نام و نام خانوادگی بیمه‌گذار / بیمه‌شده: تاریخ، امضا:</p>																			
<p>تائید در خواست و احراز هویت بیمه‌شده / بیمه‌گذار</p> <p>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 تائید می‌نمایم.</p> <p style="text-align: center;">کارشناس شعبه: تاریخ، مهر و امضا:</p> <p style="text-align: center;">نماینده معرف: تاریخ، مهر و امضا:</p>																			
<p>نکته‌ها</p> <p>نکته ۱: مسئولیت هرگونه تبعات حقوقی ناشی از سواستفاده‌های احتمالی ناشی از مندرجات درخواستی در این فرم به عهده نمایندگی بیمه خواهد بود.</p> <p>نکته ۲: کلیه درخواست‌هایی که منجر به تغییر حق بیمه می‌شود از ابتدای سال بیمه‌ای جدید اعمال خواهد شد.</p>																			