



بسمه تعالی

پرسشنامه گواهی سلامت
(بیمه های عمر و حوادث گروهی)

شماره قرارداد:

نام بیمه گذار:

مشخصات متقاضی پوشش بیمه ای:	
نام پدر:	آقای/خانم:
کد ملی:	شماره شناسنامه:
متولد: روز	محل تولد:
ماه	سال
تلفن همراه:	وزن: کیلوگرم
سانتیمتر	قد:
آدرس دقیق محل خدمت:	

وام اینجانب به مبلغ	ریال	مهربانی سازمانی ☐
مراجعه اقساط ۳۶ ماهه ☐	مراجعه اقساط ۴۸ ماهه ☐	می باشد

لطفاً به سوالات پزشکی زیر به دقت پاسخ داده و در صورت ابتلاء به بیماری، تاریخ بروز و رفع بیماری و نام پزشک معالج آنرا بنویسید:

بیماری مجاری تنفسی:	بیماریهای استخوان:
بیماریهای خون و دستگاه گردش خون و قلب:	بیماریهای عفونی:
بیماریهای عصبی:	هر نوع بیماری دیگر غیر از انواعی که ذکر شد؟
بیماریهای کلیه و مجاری ادرار:	آیا بر اثر حادثه مصدوم شده اید؟
آیا تا بحال در بیمارستان یا آسایشگاهی بستری شده اید؟	آیا به الکل، دخانیات یا مواد مخدر معتاد هستید؟ (میزان مصرف روزانه)
آیا نقص عضو مادرزادی یا غیرمادرزادی دارید؟	آیا مورد عمل جراحی قرار گرفته اید: بلی ☐ خیر ☐ نوع عمل را شرح دهید؟
آیا در بین افراد خانواده شما کسی به سل، سرطان، سکته، بیماریهای قلبی، مرض قند، بیماریهای روحی، عصبی، صرع مبتلا بوده یا میباشند؟	
چنانچه در حال حاضر دارای بیماری خاصی میباشید نوع بیماری، تاریخ بروز و جزئیات آنرا شرح دهید:	

(بیماریهای صعب العلاج شامل پیوند اعضا، انواع سرطانها، هیاتیت و بیماریهای پیشرفته رماتیسمی وحاد قلبی در تعهد بیمه گرنمی

باشد)

اینجانب اقرار مینمایم به کلیه سوالات فوق در کمال صداقت پاسخ داده ام و هیچ موضوعی را کتمان نکرده ام در صورتی که خلاف آن ثابت شود حق استفاده از مزایای این قرارداد از اینجانب و ذینفع/ذینفعان اینجانب ساقط خواهد گردید.

امضاء بیمه شده - تاریخ	امضاء امضاء بیمه شده مورد تایید اینجانب.....(بیمه شده) می باشد.
امضاء امضاء بیمه گذار - تاریخ	اصل امضاء بیمه شده مورد تایید این بیمه گذار می باشد.

ظریه پزشک معتمد (در صورت نیاز):

نکته: تکمیل و ارائه این فرم به منزله برقراری پوشش بیمه ای نبوده و برای بیمه گر هیچگونه تعهدی ایجاد نمی نماید. بدیهی است پس از بررسی فرم توسط بیمه گر، در صورت تایید، مراتب کتباً به بیمه گذار اعلام خواهد شد. ع