



بیمه پاسارگاد

بسمه تعالی

آدرس و کد واحد چاپ گیرنده:

تاریخ و ساعت چاپ گزارش:

شرکت بیمه پاسارگاد

فرم گواهی پزشکی بیمه های عمر و تأمین آتیه

بیمه شده موظف است شخصاً به هریک از سوالات ذیل جهت تجدید اعتبار و یا افزایش تعهدات بیمه نامه پاسخ کامل و صحیح بدهد.

نام و نام خانوادگی	تاریخ تولد	شماره بیمه نامه	تاریخ شروع بیمه نامه	تاریخ آخرین پوشش	تاریخ آخرین پرداختی	مدت تأخیر/روز	قد	وزن

شغل:	تلفن همراه:
آدرس محل کار:	تلفن:
آدرس منزل:	تلفن:

سوالات پزشکی

لطفاً پاسخ ابتلا یا عدم ابتلا به بیماری های قید شده در جدول ذیل را مشخص فرمائید:

بیماری	خیر	بله	بیماری	خیر	بله	بیماری	خیر	بله
۱ قلب			۱۱ صرع(تشنج)			۱۶ عفونی		
۲ فشار خون			۱۲ استخوان			۱۷ تنفسی		
۳ هر نوع تومور			۱۳ خونی			۱۸ انواع هیاتیت وسل		
۴ مغز			۱۴ روحی و عصبی			۱۹ کلیه و مجاری ادراری		
۵ گوارشی			۱۵ چشمی			۲۰ پوستی		

در صورت مثبت بودن پاسخ هر کدام از پرسش های فوق ، نام کامل و علت بیماری ، زمان شروع آن ، نوع ، میزان و مدت زمان مصرف دارو و وضعیت فعلی خود را قید نمائید و در صورت انجام عمل جراحی، زمان و علت مشخص را بنویسید.

در صورتیکه به بیماری های دیگری غیر از موارد ذکر شده مبتلا بوده و یا هستید به طور کامل توضیح دهید:

آیا وضعیت سلامتی شما در حال حاضر نسبت به زمان شروع بیمه نامه تغییر کرده است؟ ☐ خیر ☐ بلی توضیح دهید:

آیا از تاریخ شروع بیم