

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 یا افزایش تمهدات بیمه نامه پاسخ کامل و صحیح بدهد.



نام و نام خانوادگی	تاریخ تولد	شماره بیمه نامه	تاریخ شروع بیمه نامه	پوشش	تاریخ آخرین پرداختی	مدت تأثیر لوز	قد	وزن

تلفن همراه:

شغل:

تلفن :

آدرس محل کار:

تلفن :

آدرس منزل:

سوالات پزشکی

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

بله	خیر	بیماری	بله	خیر	بیماری	بله	خیر	بیماری	بله	خیر	بیماری	
		عفونی	۱۶		صرع(تشنج)	۱۱		غدد داخلی	۶		قلب	۱
		تنفسی	۱۷		استخوان	۱۲		سرطان	۷		فشار خون	۲
		آنواع هپاتیت و سل	۱۸		خونی	۱۳		ایدز	۸		هر نوع تومور	۳
		کلیه و مجرای ادراری	۱۹		روحی و عصبی	۱۴		دیابت	۹		مغز	۴
		پوستی	۲۰		چشمی	۱۵		گوش و حلق و بینی	۱۰		گوارشی	۵

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 بیمه نامه تا به حال در مراکز درمانی ستری بوده اید؟ خیر بلی توضیح دهید:آیا رشته (های) ورزشی خاصی انجام می دهید؟ خیر بلی تفریحی حرفة ای نام ببرید:آیا سیگار/مشروبات الکلی و مواد مخدر مصرف داشته با می نمایید؟ خیر بلی میزان و مدت زمان مصرف :از موتور سیکلت چهت تردد استفاده می نمایید؟ خیر بلی چنانچه اخیراً آزمایش خون انجام داده اید آیا در خون شما موارد غیر عادی دیده شده است؟ خیر بلی آیا بر اثر حادثه مصدوم (دچار شکستگی) شده اید؟ خیر بلی در چه ناحیه ای:آیا پلاتین دارید؟ خیر بلی در صورت مثبت بودن پاسخ ناخیه و مدت زمان وجود پلاتین در بدن را مشخص نمائید:آیا مورد عمل جراحی قرار گرفته اید؟ خیر بلی نوع عمل زمان و نتیجه آن:آیا تاکتون خساراتی از محل بیمه نامه خود دریافت نموده اید؟ خیر بلی به چه میزان:

(در صورت مثبت بودن پاسخ هر یک از پرسش ها، لطفاً توضیح دهید)

آیا به بیماری کرونا مبتلا شده اید؟ خیر بلی در صورت مثبت بودن: آیا به دلیل ابتلا به کرونا ستری شده اید؟ خیر بلی در صورت پاسخ مثبت لطفاً توضیح دهید

آیا در خانواده شما (پدر، مادر، برادر، خواهر، همسر و فرزندان) فردی به بیماریهای سل، سرطان، قلبی، غدد داخلی، خونی، مرض قندروحی و عصبی و صرع مبتلا بوده و یا می باشد؟ نام برده و توضیح دهید:

آیا سابقه بیماری های خاص زنانه داشته اید؟ خیر بلی توضیح دهید:آیا باردار هستید؟ خیر بلی (از ادامه بیمه نامه برای بانوان باردار تا حداقل یک ماه پس از زایمان معذوریم) آیا سابقه زایمان داشته اید؟ خیر بلی

اینجانب تعهد می نمایم که کلیه پاسخ های ارائه شده کامل و با حقیقت منطبق بوده و گواهی می نمایم که بیمه شده رویت و فرم گواهی پزشکی توسط بیمه شده تکمیل و امضاء شده است.

مهر و امضاء نمایندگی (شاهد):

تاریخ:

کد نمایندگی / انمایندگی فروشن:

نطرات پزشک معتمد بیمه پاسارگاد راجع به وضع سلامتی بیمه شده و اداره صدور:

اینجانب تعهد می نمایم که کلیه پاسخ های ارائه شده کامل و با حقیقت منطبق بوده و گواهی می نمایم که بیمه شده رویت و فرم گواهی پزشکی توسط بیمه شده تکمیل و امضاء شده است.	نام و نام خانوادگی:
نام و نام خانوادگی:	امضا بیمه شده:
امضا بیمه شده:	تاریخ:
تاریخ:	کد نمایندگی / انمایندگی فروشن: