



* آیا در حال حاضر کاملاً سالم هستید؟ بلی خیر اندازه قد وزن

آیا به ناراحتی با بیماریهای زیر مبتلا بوده یا می باشید؟ در صورت مثبت بودن پاسخ هر یک از موارد زیر، تاریخ بروز و مدت زمان بیماری و عوارض بجا مانده و نام پزشک معالج را با ذکر شماره سوال بنویسید:

۱- آیا سابقه بستری شدن در بیمارستان یا آسایشگاه را دارید؟ بلی خیر

به چه علت و چه مدت و تاریخ بستری:

۲- بیماریهای دستگاه تنفسی مانده سرفه مزمن، تنگی نفس به هنگام فعالیت، آسم و خلط چرکی یا خونی و غیره

۳- بیماریهای قلب و عروق بخصوص فشار خون و درد قفسه سینه، سکته قلبی، واریس و غیره

۴- بیماریهای خونی، سابقه تزریق خون، کم خونی خونریزیهای بدون علت و غیره

۵- بیماریهای گوارشی، کبد، پانکراس دردهای مزمن شکمی، خونریزی گوارشی، تهوع و استفراغ مکرر، زردی و غیره

۶- بیماریهای اعصاب و روان اضطراب، افسردگی، خودکشی و غیره

۷- بیماریهای داخلی اعصاب، تشنج، سکته مغزی، مشکلات حرکتی، فراموشی و غیره

۸- بیماریهای کلیه، مجاری ادرار، مشکلات پروستات، خون در ادرار، سوزش ادرار، سنگ کلیه و غیره

۹- بیماریهای گوش و حلق و بینی، چشمن، کاهش شنوایی، خونریزیهای بینی، کاهش بینایی، نابینائی، سرگیجه و غیره.

۱۰- بیماریهای پوستی، خالهای بزرگ یا در حال رشد، خالهای تغییر رنگ یافته، زخم طول کشیده، خونریزیهای زیر پوستی، توده جلدی و غدد لنفاوی بزرگ شده و غیره

۱۱- بیماریهای استخوانی، عضلات و مفاصل دردهای عضلانی، دردهای ستون فقرات، خشکی و درد مفاصل و غیره

۱۲- بیماریهای غدد داخلی نظیر تیروئید و دیابت و یا کاهش یا افزایش اشتها و چربی خون بالا و غیره

۱۳- سابقه بیماریهای عفونی مانند سل، هیاتیت، حصبه، تب مالت، مالاریا، ایدز، کیست هیداتیک و غیره

۱۴- آیا به بیماری و عارضه دیگر مبتلا شده اید که در فوق ذکر نشده باشد؟ بلی خیر نام بیماری

۱۵- آیا مورد عمل جراحی قرار گرفته اید؟ بلی خیر نوع عمل و زمان و نتیجه آن

۱۶- آیا دچار نقص عضو شده اید؟ بلی خیر در چه ناحیه ای

۱۷- آیا دچار از کار افتادگی شده اید؟ بلی خیر به چه میزان

۱۸- آیا از سیگار، مشروبات الکلی، مواد مخدر استفاده کرده یا می کنید؟ بلی خیر نوع اعتیاد، مدت زمان آن، میزان مصرف و مدت آن

۱۹- آیا لز دارو برای بیماری طولانی مدت استفاده کرده یا می کنید؟ بلی خیر نوع دارو، مدت زمان آن، میزان مصرف و مدت آن

۲۰- آیا کسی از بستگان درجه اول شما به بیماری سل، سرطان، بیماری قلبی، فشار خون، مرض قند، نارسایی کلیه، سکته مغزی، بیماری مادرزادی یا بیماری روحی و عصبی مبتلا بوده یا می باشد؟ بلی خیر نسبت و نام بیماری

۲۱- آیا شما در شش ماهه گذشته کاهش وزن داشته اید؟ بلی خیر میزان و علت کاهش وزن

پرسشهای مخصوص خانم ها:

۲۲- در حال حاضر در کدامیک از وضعیت های زیر هستید:

الف) حامله می باشید؟ بلی خیر

ب) در دوره شیردهی می باشید؟ بلی خیر

ج) در دوران قاعدگی منظم می باشید؟ بلی خیر

د) در دوران یائسگی می باشید؟ بلی خیر

۲۳- آیا دچار عوارض و بیماریهای ناشی از حاملگی و زایمان نظیر فشار خون حاملگی یا مسمومیت حاملگی، سقط جنین، مول و عفونتها و خونریزی بعد از زایمان و غیره شده اید؟ بلی خیر

۲۴- آیا بیماریهای خاص نظیر خونریزی غیرطبیعی، یا لکه بینی و غیره داشته اید؟ بلی خیر

۲۵- آیا دچار توشیح یا خونریزی، درد یا توده در پستان و عدم تقارن در ناحیه سینه و یا زیر بغل شده اید؟ بلی خیر

توضیح:

مهر و امضاء بیمه گزار:

نام و امضاء بیمه شده:

تاریخ:



بیمه ایران

فرم درخواست ادامه بیمه نامه عضوینس اندرز

تاریخ

شماره

پیوست

ارجانب متولد سال دارنده بیمه نامۀ عمرینس اندرز
بشماره که حق بیمه بیمه نامه خود را از سررسید پرداخت نموده ام
تقاضای برقراری مجدد بیمه نامه را دارم.

لذا خواهشمند است موافقت فرمائید حق بیمه های معوق بیمه نامه همراه با هزینه دیرکرد مربوطه را تا پایان
سررسید پرداخت نمایم و بیمه نامه فوق مجدداً به جریان و ادامه یابد.
ضمناً با توجه به تکمیل فرم پرسشنامه پزشکی پشت صفحه امضاء کنندگان ذیل اعلام می نمایم به کلیه پرسشهای مشروحه
به درجست و وجه صحیح کامل جواب داده و مطالعه کردم که هرگونه اظهار خلاف و واقع و دردداری از واقع گویند به عمد به موجب
قانون بیمه بدنه شامل شدن نظر اندازید و از دست دادن مزایای آن خواهد بود.

نام و امضاء تاریخ
نام و امضاء بیمه گزار
بیمه نموده شده

صحت امضاء این بیمه نموده و بیمه گزار سررسید را تایید می نمایند: مهر و امضاء نمایندگان

نظر پزشک مشاور

با توجه به پیشنهادت میبدرج در پرسشنامه پزشکی توسط بیمه شده:

- ۱- ادامه پوشش بیمه ای بیمه شده بلامانع می باشد.
- ۲- نیاز به انجام معاینات پزشکی دارد.
- ۳- ادامه پوشش بیمه ای بیمه شده با در نظر گرفتن% اضافه نرخ پزشکی بلامانع می باشد.
- ۴- ادامه پوشش بیمه ای بیمه شده بصلاح بیمه گر نمی باشد.

امضاء پزشک مشاور تاریخ

نظر نهایی مسئول صدور بیمه نامه

- ۱- موافقت می گردد کلیه حق بیمه های موجود و هزینه دیرکرد مربوطه پرداخت و بیمه نامه ادامه یابد.
- ۲- ادامه بیمه نامه با در نظر گرفتن% اضافه نرخ پزشکی و تغییرات حق بیمه، بیمه نامه از سررسید درخواست بیمه
گذار بلامانع می باشد.
- ۳- ادامه بیمه نامه مورد تأیید نمی باشد.

درخواست صدور بیمه نامه

تاریخ