

شرکت خدمات بیمه همراه همیشگی ایرانیان

۱) آیا کسی از افراد خانواده شما (پدر، مادر، خواهر، برادر، همسر و فرزندان) به بیماری سل، سرطان، بیماری قلبی، بیماری ریوی، فشارخون، مرض قند، نارسایی کلیه، سکنه مغزی، بیماری مازوژادی یا بیماری روحی و عصبی مبتلا بوده یا با شما؟ نام برده و توضیح دهید؟

۲) آیا کسی از افراد خانواده شما (پدر، مادر، خواهر، برادر، همسر و فرزندان) زیر سن ۶۵ سال فوت نموده است؟ نام برده و علت فوت را توضیح دهید؟

- ۱) وضعیت خدمت نظام وظیفه: انجام داده ام در حال انجام معافیت غیر پزشکی معافیت پزشکی علت معافیت پزشکی: _____
 ۲) قد بیمه شونده: _____ سانس شهر _____
 ۳) به کدام ورزشها می پردازد؟: _____
 ۴) در صورت مصرف یا ترک سیگار مشروبات الکلی مواد مخدر میزان، نوع و مدت مصرف یا مدت زمان ترک یا ذکر نمائید؟: _____
 ۵) آیا از موتورسیکلت، تردپد، تیرفت استفاده می کنید؟ بله خیر حوادث ناشی از هدایت وسایل نقلیه موتوروی در صورتی مسئول بیمه می باشد که بیمه شده دارای کواهنامه معتبر باشد
 ۶) آیا در موارد ماه گذشته تغییرات وزن داشته اید؟ بله خیر میزان افزایش کاهش وزن: _____ کیلوگرم علت افزایش کاهش وزن: _____
 ۷) آیا طرف شش ماه گذشته آزمایش انجام داده اید؟ بله خیر نوع آزمایش؟ _____
 ۸) آیا دچار نقص عضو یا کار افتادی شده اید؟ بله خیر در چه ناحیه ای / به چه میزان؟ _____
 ۹) آیا از درواری برای بیماری طولانی استفاده کرده یا می کنید؟ بله خیر نوع دارو: _____ میزان مصرف: _____ مدت مصرف: _____
 ۱۰) آیا مورد عمل جراحی قرار گرفته اید؟ یا بستری شده اید؟ بله خیر به چه علت؟ _____ در چه تاریخی: _____ نام پزشک معالج: _____
 ۱۱) آیا در حال حاضر کاملاً سالم هستید؟ بله خیر _____
 ۱۲) آیا به ناراحتی یا بیماریهای زیر مبتلا بوده یا می تانید؟ در صورت مثبت بودن پاسخ هر یک از موارد تاریخ بروز و مدت زمان بیماری و عوارض بجا مانده و نام پزشک معالج: _____

بیماری	بله	خیر
بیماریهای عدد داخلی نظیر تیروئید، دیابت، کاهش یا افزایش اشتها، چربی خون بالا و ...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
سابقه بیماری های عفونی مانند سل، حیانت، حصبه، تب مالت، مالاریا، ایبز، کیست هیداتیک و ...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
بیماریهای گوارشی، کبد، پانکراس، دردهای مزمن شکمی، خونریزی گوارشی، یبوع و اسهال مزمن	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
بیماریهای گوش، حلق و بینی، جسمی کاهش شنوایی، خونریزیهای بینی، کاهش بینایی، سرگیجه و ...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
بیماریهای پوستی، خالهای بزرگ، خالهای تغییر رنگ یافته، خونریزیهای زیر پوستی	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
بیماریهای استخوانی، عملیات و مفاصل، درد های عضلانی و ستون فقرات، خشکی در مفاصل و ...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
سوال مخصوص بانوان آیا در حال حاضر باردار هستید؟	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

۱۳) آیا به بیماری یا عارضه دیگری مبتلا شده اید که در صورت فوق ذکر نشده است؟
 توضیحات: _____

گزارش فروشنده بیمه

- ۱) آیا بیمه شونده را شخصاً می شناسید؟ بله خیر
 ۲) به نظر شما بیمه شونده در حال حاضر از سلامت برخوردار است؟ بله خیر
 ۳) آیا درباره بیمه زندگی اطلاعات کلان در اختیار متقاضی بیمه شونده گذارده اید؟ بله خیر
 ۴) آیا متقاضی و بیمه شونده در حضور شما شخصاً فرم پیشنهاد (تکمیل نموده اند؟) بله خیر
 ۵) آیا صحت امضای متقاضی و بیمه شونده مورد تأیید می باشد؟ بله خیر
 بدنیوسله گواهی می نماید بیمه شونده شخصاً توسط اینجانب روت گردیده و مراتب مورد تأیید است نام امضاء مهر و گد نمائید یا کارگزار: _____
 تاریخ: _____ / _____ / _____

تایید اظهارات

اینجانبان (متقاضی و بیمه شونده) اعلام می نمایم که کلیه موارد فرم پیشنهاد، شرایط عمومی بیمه نامه و شرایط عمومی پوشش های تکمیلی را به عنوان شرط ضمن العقد مطالعه نموده و به کلیه سولات با صداقت و وقت پاسخ داده و مطلع هستیم که هر گونه اظهار نظر خلاف واقع و یا خودداری از واقع گویی به ععد، به موجب قانون بیمه باطل شدن قرارداد بیمه زندگی و از دست دادن مزایای آن خواهد شد. در ضمن بیمه گر را پوششکنا مستخدم بیمه گر اجازه دارن هر گونه اطلاعاتی را که راجع به وضع مزایای و سلامت بیمه شونده نیاز باشد کسب نمایند.

نام و امضای متقاضی: _____ نام و امضای بیمه شونده: _____
 تاریخ: _____ / _____ / _____

این قسمت توسط بیمه گر تکمیل خواهد شد

اطظار نظر اولیه کارشناس صدور
 صدور بیمه نامه نیاز به انجام آزمایشات: دارد ندارد
 در صورت مثبت بودن پاسخ علت درخواست: _____
 سرمایه بیمه نامه مسائل پزشکی
 سن بیمه شونده سایر موارد: _____
 نام و امضای کارشناس اولیه صدور: _____
 تاریخ: _____ / _____ / _____
 شماره بیمه نامه: _____

اطظار نظر پزشک معتمد شرکت
 ۱) با توجه به اطلاعات پزشکی و عمومی فرم پیشنهاد بیمه شونده نیاز به انجام معاینات پزشکی: دارد ندارد
 نوع آزمایش: _____
 ۲) با توجه به بررسی اطلاعات فرم پیشنهاد (یا نتایج آزمایشات) صدور بیمه نامه از نظر مقررات پزشکی بیمه های زندگی: _____
 تأیید می گردد
 با در نظر گرفتن _____ درصد احتمال افزایش فوت تأیید می گردد
 به صلاح بیمه گر نمی باشد به علت _____
 نام، امضاء و مهر پزشک معتمد: _____
 تاریخ: _____ / _____ / _____
 شماره پیشنهاد: _____

اطظار نظر اولیه کارشناس صدور
 صدور بیمه نامه نیاز به انجام آزمایشات: دارد ندارد
 در صورت مثبت بودن پاسخ علت درخواست: _____
 سرمایه بیمه نامه مسائل پزشکی
 سن بیمه شونده سایر موارد: _____
 نام و امضای کارشناس اولیه صدور: _____
 تاریخ: _____ / _____ / _____
 شماره بیمه نامه: _____