



# فرم پیشنهاد و گزارش پزشکی بیمه عمر

شماره سند: FM-HI-65/01

تاریخ: / / ۱۳

پیوست: .....

صفحه: ۱ از ۱

- متقاضی می بایست شخصاً به هر یک از سئوالات زیر جواب صحیح و کامل داده و مسئول پاسخ های داده شده می باشد .
- تا زمانیکه بیمه شده تحت پوشش بیمه های عمر و حوادث گروهی این شرکت قرارداده شده باشد این پیشنهاد معتبر خواهد بود و در صورت تجدید قرارداد نیاز به تکمیل فرم مجدد نمی باشد. مگر مواردی که در قرارداد و یا ضمیمه آن پیش بینی گردیده .
- این پیشنهاد از تاریخ تحویل به بیمه گرمعتبر شناخته میشود.

## مشخصات بیمه گذار

نام بیمه گذار: شماره قرارداد:

## مشخصات بیمه شده

نام و نام خانوادگی بیمه شده:  مرد  زن  مجرد  متأهل  قد: وزن:

نام پدر: تاریخ تولد: شماره شناسنامه: محل صدور: کد ملی:

شماره پرسنلی: تاریخ استخدام:

نشانی: شماره تماس:

## سابقه ابتلا به بیماری

آیا سابقه ابتلا به بیماری های ذیل را دارید؟ در صورت مثبت بودن هر یک از موارد با ذکر نام و تاریخ بیماری در قسمت توضیحات توضیح دهید.

بیماری	بله	خیر	بیماری	بله	خیر	بیماری	بله	خیر
در حال حاضر کاملاً سالم می باشید؟			قلب و عروق			سیستم مجاری ادرار		
آیا به معلولیت های جسمانی مبتلا می باشید؟			مغز			چشم - گوش ، حلق ، بینی		
استخوان و مفاصل			غدد درون ریز			تنفسی و ریه		
هر نوع تومور و سرطان			گوارش			خونی		
اعصاب و روان - داخلی اعصاب			پوستی			هر نوع عارضه قابل ذکر دیگر		

۱۶ آیا دارای نقص عضو و یا از کارافتادگی می باشید؟ کدام قسمت از بدن و میزان آن؟

۱۷ آیا سابقه بستری در بیمارستان و یا آسایشگاه را دارید؟ آیا تا بحال عمل جراحی انجام داده اید؟

۱۸ آیا از دارو برای درمان بیماری در طولانی مدت استفاده کرده اید؟

۱۹ وضعیت سلامتی افراد خانواده شامل پدر ، مادر ، خواهر ، برادر ، همسر و فرزندان؟

## توضیحات

## ذینفع/ذینفعان از مبلغ بیمه در صورت فوت بیمه شده

نام و نام خانوادگی	کد ملی	نسبت با بیمه شده	درصد سهم
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

• هرگونه تغییر در استفاده کننده گان از مبلغ بیمه لازم است مراتب کتباً توسط بیمه شده واز طریق بیمه گذار به بیمه گر اعلام گردد، در غیر این صورت مندرجات این فرم ملاک تقسیم مبلغ بیمه خواهد بود

• در صورتی که استفاده کنندگان از مبلغ بیمه تعیین نشده و یا مخدوش و یا نامفهوم باشد ، مبلغ بیمه طبق برگه انحصار وراثت و حسب سهم الارث تقسیم می شود.

• بیمه گر اجازه دارد به منظور بررسی پرونده بیمه از اطلاعات پزشکی بیمه شده موجود در هر مرجعی استفاده نماید.

• در صورتی که تقاضا برای بیمه عمر مانده بدهکار نموده اید بانک تسهیلات دهنده ، کد شعبه و مبلغ اصل و فرع تسهیلات دریافتی و مدت بازپرداخت آن را تعیین نمایید:

• تعهد می نمایم که کلیه پاسخ های داده شده با صداقت کامل بوده و چون این پیشنهاد اساس پوشش بیمه اینجانب و جزء لاینفک قرارداد بشمار میرود . لذا در صورت اثبات هر نوع اظهار خلاف واقع بیمه گر می تواند نسبت به لغو پوشش بیمه اینجانب اقدام نماید .

کارفرما آیا از نقطه نظر سلامت مزاجی دلیلی وجود دارد که متقاضی فوق نتواند تحت پوشش بیمه قرار گیرد ؟  بله  خیر

بیمه گر

مهر و امضای بیمه گذار

امضاء بیمه شده