



## فرم پیشنهاد و پرسشنامه پزشکی بیمه‌های عمر ( زمانی و مانده بدهکار )

شماره سند: FM-LV-14/02  
تاریخ: / / ۱۴  
پیوست: ندارد  
صفحه: ۱ از ۲

با توجه به اینکه صدور بیمه‌نامه و مبنای ایفای تعهدات بیمه‌گر و بیمه‌گذار بر اساس مندرجات این پرسشنامه می‌باشد، لازم است به پرسش‌های این فرم به درستی پاسخ داده شود. اعتبار بیمه آرمان زندگی از پرداخت اولین قسط حق بیمه و با صدور بیمه‌نامه شروع می‌گردد.

<b>مشخصات بیمه گذار</b>	نام و نام خانوادگی: ..... شماره شناسنامه: ..... کد ملی: ..... تاریخ تولد: ..... / ..... / ..... محل تولد: ..... محل صدور: ..... نام پدر: ..... وضعیت تأهل <input type="checkbox"/> متأهل <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/> تلفن: ..... تلفن همراه: ..... نشانی منزل: ..... کد پستی: ..... نشانی محل کار: ..... کد پستی: ..... شغل: ..... (کاملاً توضیح داده شود) نسبت با بیمه شده: ..... بیمه‌گذار حقوقی (نام شرکت/سازمان): ..... شماره ثبت: ..... موضوع فعالیت: ..... تلفن: ..... دورنگار: ..... نشانی: ..... کد پستی: ..... پست الکترونیکی: .....
<b>مشخصات بیمه شده</b>	نام و نام خانوادگی: ..... شماره شناسنامه: ..... کد ملی: ..... تاریخ تولد: ..... / ..... / ..... محل تولد: ..... محل صدور: ..... نام پدر: ..... وضعیت تأهل <input type="checkbox"/> متأهل <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/> تلفن: ..... تلفن همراه: ..... نشانی منزل: ..... کد پستی: ..... نشانی محل کار: ..... کد پستی: ..... شغل و رشته شغلی: ..... سایر مشاغل: ..... آخرین مدرک تحصیلی: .....

بله	خیر	در صورت مثبت بودن هر یک از سؤالات زیر لطفاً بیماری مورد نظر دقیقاً مشخص و توضیحات خواسته شده تکمیل گردد
		۱. سابقه بیماری‌های قلب و عروق مانند انجام عمل بای‌پس، آنژیوپلاستی، آنوریسم، فشارخون و درد قفسه سینه، سکنه قلبی، واریس و سایر بیماری‌های مرتبط
		۲. سابقه بیماری‌های دستگاه تنفسی مانند: ذات الریه، سرطان، سرفه مزمن، تنگی نفس به هنگام فعالیت، آسم و خلط چرکی یا خونی سایر بیماری‌های مرتبط
		۳. سابقه بیماری‌های خونی مانند لوسمی‌ها، هموفیلی، تالاسمی ماژور، سابقه تزریق خون، کم خونی، خونریزی‌های بدون علت و سایر بیماری‌های مرتبط
		۴. سابقه بیماری‌های دستگاه گوارش مانند مری، معده، کبد، پانکراس، دردهای مزمن شکمی، تهوع و استفراغ‌های مکرر و سایر بیماری‌های مرتبط
		۵. سابقه بیماری‌های اعصاب و روان مانند اضطراب، افسردگی، خودکشی و سایر بیماری‌های مرتبط
		۶. سابقه بیماری‌های داخلی اعصاب مانند سکنه مغزی، تشنج، صرع، مشکلات حرکتی، فراموشی، ام اس و سایر بیماری‌های مرتبط
		۷. سابقه بیماری‌های کلیه مانند مجاری ادرار، مشکلات پروستات، خون در ادرار، سوزش ادرار، سنگ کلیه و سایر بیماری‌های مرتبط
		۸. سابقه بیماری‌های گوش، حلق و بینی، کاهش شنوایی، خونریزی بینی، بیماری‌های چشمی، آب مروارید، گلوکوم، سرگیجه و سایر بیماری‌های مرتبط
		۹. سابقه بیماری‌های پوستی مانند خال بزرگ یا در حال رشد، خال تغییر رنگ یافته، زخم طول کشیده، خونریزی زیر پوستی، و سایر بیماری‌های مرتبط
		۱۰. سابقه بیماری‌های عضلات و مفاصل مانند دردهای ستون فقرات، بیماری‌های اسکلتی، عضلانی، مفاصل، روماتیسم و سایر بیماری‌های مرتبط
		۱۱. سابقه بیماری‌های غدد داخلی مانند تیروئید، غدد لنفاوی بزرگ شده، دیابت، کاهش یا افزایش اشتها، چربی خون بالا و سایر بیماری‌های مرتبط
		۱۲. سابقه بیماری‌های عفونی مانند سل، هیپاتیت، حبسه، تب مالت، مالاریا، ایدز، کیست هیداتیک و سایر بیماری‌های مرتبط
		۱۳. سابقه بیماری‌های زنان مانند انجام هیستروکتومی، ماستکتومی، خونریزی‌های بدون علت دستگاه تناسلی و سایر بیماری‌های مرتبط
		۱۴. در صورت مثبت بودن، پاسخ هر یک از پرسش‌های فوق، لطفاً موارد زیر را تکمیل فرمایید. نام بیماری: ..... نام داروی مصرفی و میزان آن: ..... تاریخ شروع بیماری: ..... وضعیت فعلی بیماری: ..... ۱۵. آیا در یک سال گذشته به هر علتی به پزشک مراجعه کرده‌اید؟ خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> علت مراجعه: ..... ۱۶. آیا در طول زندگی خود عمل جراحی داشته‌اید و یا به هر دلیلی در بیمارستان بستری شده‌اید؟ خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> علت بستری: ..... تاریخ بستری: ..... مدت بستری: ..... نتیجه بستری: ..... ۱۶. آیا دارای نقص عضو و یا ازکارافتادگی می‌باشید؟ خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> کدام قسمت و میزان آن: ..... ۱۷. آیا سابقه ابتلا به بیماری و عارضه دیگر که در سؤالات بالا ذکر نشده است (توضیح فرمائید): ..... ۱۸. قد: ..... سانتی متر وزن: ..... کیلوگرم تغییرات وزن در سه ماه اخیر: کاهش وزن ..... / افزایش وزن ..... کیلوگرم ۱۹. آیا از موتور سیکلت به عنوان راکب استفاده می‌کنید؟ خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> ۲۰. آیا سابقه مصرف هر نوع مواد دخانی، مواد مخدر و یا مشروبات الکلی را دارید یا داشته‌اید؟ خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> توضیح بفرمائید: ..... ۲۱. آیا ورزش‌هایی را به طور حرفه‌ای انجام می‌دهید؟ خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> توضیح بفرمائید: ..... ۲۲. آیا دارای معافیت پزشکی از خدمت نظام وظیفه هستید؟ خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> علت معافیت را بنویسید: ..... ۲۳. آیا در بین افراد درجه یک خانواده شما کسی به سل، سرطان، بیماری‌های قلبی، دیابت، اعصاب و یا بیماری‌های مسری مبتلا بوده است؟ خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> در صورت مثبت بودن پاسخ نوع بیماری: ..... نسبت با بیمه شده: ..... وضعیت فعلی فرد: ..... ذکر شود. ۲۴. آیا پدر و مادر شما هر دو در قید حیات می‌باشند؟ خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> در صورتیکه در قید حیات نیستند، در چه سنی و به چه علت فوت کرده‌اند؟ سن فوت پدر: ..... سال علت فوت پدر: ..... سن فوت مادر: ..... سال علت فوت مادر: .....

سؤالات پزشکی بیمه شده



## فرم پیشنهاد و پرسشنامه پزشکی بیمه‌های عمر ( زمانی و مانده بدهکار )

شماره سند: FM-LV-14/02  
تاریخ: / / ۱۴  
پیوست: ندارد  
صفحه: ۲ از ۲

**عمر ساده زمانی:** سرمایه فوت به هر علت: ..... ریال مدت بیمه‌نامه: ..... سال  
روش پرداخت حق بیمه:  یکجا  سالانه

درصد سهم	نسبت با بیمه شده	تاریخ تولد	کدملی	نام و نام خانوادگی	ردیف	ذینفع بیمه‌نامه
					۱	در صورت فوت بیمه شده
					۲	

در صورتی که ذینفع در صورت فوت تعیین نشود، وراث قانونی شخص بیمه‌شده به عنوان ذینفع فوت محسوب می شود.

**عمر مانده بدهکار:** مبلغ وام بیمه‌شده: ..... ریال مدت بازپرداخت وام: ..... ماه  
ذینفع بیمه‌نامه: ..... شعبه: .....

در صورتی که در حال حاضر بیمه عمر و یا حادثه دارید و یا در جریان صدور می‌باشد این قسمت را تکمیل نمایید:  
تاریخ صدور: ..... شرکت بیمه: ..... مجموع سرمایه بیمه‌نامه‌ها: ..... ریال  
تذکر: چنانچه در طول مدت اعتبار بیمه‌نامه و یا پس از خاتمه آن مشخص شود که بیمه‌شده کلیه بیمه‌نامه‌های عمر و حوادث خود نزد هر یک از شرکت‌های بیمه را اعلام نکرده باشد شرکت بیمه می تواند از پرداخت تمام یا بخشی از تعهدات خودداری نماید.

اینجانبان (بیمه گذار و بیمه شده)، امضاء کنندگان این پیشنهاد اعلام میداریم که به پرسش‌های مشروحه در این فرم با صداقت و به نحو کامل جواب داده و از مقررات و شرایط عمومی بیمه‌نامه اطلاع کامل حاصل نموده و اعلام می داریم که پاسخ‌های داده شده کاملاً درست و عین واقعیت بوده و مطلع هستیم که هرگونه اظهار خلاف واقع و خودداری از واقع گزایی به عمد، به موجب ماده ۱۲ قانون بیمه باعث باطل شدن قرارداد بیمه و از دست دادن مزایای آن خواهد شد. در ضمن بیمه‌گر یا پزشکان معتمد بیمه‌گر اجازه دارند هرگونه اطلاعاتی را که راجع به وضع مزاجی و سلامت بیمه‌شده نیاز باشد کسب نمایند.  
**نام و امضاء بیمه گذار:** ..... **نام و امضاء بیمه شده:** .....  
**تاریخ:** ..... **تاریخ:** .....

- تعمدنامه عامل فروش
- ۱) بیمه‌شده را شخصاً می‌شناسید؟
  - ۲) به نظر شما بیمه‌شده در حال حاضر از سلامت برخوردار است؟
  - ۳) آیا درباره شرایط بیمه‌نامه اطلاعات کامل در اختیار بیمه‌گذار و بیمه‌شده گذارده‌اید؟
  - ۴) آیا صحت امضای بیمه‌شده و بیمه‌گذار مورد تأیید می‌باشد.
  - ۵) آیا ملاحظات خاصی از وضعیت سلامت فعلی یا گذشته بیمه‌شده و یا خانواده وی دارید؟ (شرح دهید)
- بدین وسیله گواهی می‌نمایم بیمه‌شده شخصاً رویت گردیده و مراتب فوق نیز مورد تأیید است.  
**مهر امضاء و کد نماینده/ کارگزار:** .....  
**تاریخ:** .....

با توجه به مطالب اظهار شده از سوی بیمه‌شده و بیمه‌گذار و نظریه پزشک معتمد شرکت:

بیمه نامه صادر نگردد.

پوشش صدور بیمه‌نامه با نرخ عادی بلامانع است.

کاهش سرمایه تا سقف ..... ریال صورت گیرد.

نامه با اضافه نرخ و یا استثنائات صادر شود.  میزان اضافه نرخ: .....

**نام و مهر امضاء کارشناس صدور:** .....

نظریه و پیشنهاد پزشک معتمد بیمه‌گر:

بیمه‌نامه صادر نگردد.

بیمه‌نامه با نرخ عادی صادر شود

بیمه‌نامه با اضافه نرخ صادر شود  اضافه نرخ پیشنهادی: .....

آزمایش‌های بیشتر مورد نیاز  .....

توضیحات: .....

**نام و نام خانوادگی (با مهر پزشک)** ..... **تاریخ:** .....

بیمه مورد درخواست

سابقه بیمه ای

تأیید بیمه گذار و بیمه شده

تعمدنامه عامل فروش

نظریه پزشک معتمد و کارشناس صدور