



بیمه پاسارگاد

فرم گواهی پزشکی بیمه عمر و تأمین آتیه

بیمه شده موظف است شخصا به هر یک از سوالات زیر در صورت تاخیر در پرداخت اقساط حق بیمه جهت تجدید اعتبار بیمه نامه پاسخ کامل و صحیح بدهد

نام و نام خانوادگی بیمه شده	تاریخ تولد	شماره بیمه نامه	تاریخ شروع بیمه نامه	تاریخ آخرین پوشش	مدت تأخیر تعداد اقساط (روز)	قد	وزن
شغل:	آدرس محل کار:	تلفن:					
آدرس منزل:	تلفن:						

سوالات پزشکی

آیا به بیماری های زیر دچار بوده یا هستید؟

بیماری	بله	خیر	بیماری	بله	خیر	بیماری	بله	خیر
۱ قلب			۱۱ صرع (تشنج)			۶ غدد داخلی		
۲ فشار خون			۱۲ استخوان			۷ سرطان		
۳ هر نوع تومور			۱۳ خونی			۸ ایدز		
۴ مغز			۱۴ روحی و عصبی			۹ دیابت		
۵ گوارشی			۱۵ چشمی			۱۰ گوش و حلق و بینی		

در صورت مثبت بودن پاسخ هر یک از سوالات فوق در این قسمت مشروحا توضیح دهید :

در صورتیکه به بیماری های دیگری غیر از موارد ذکر شده مبتلا بوده و یا هستید توضیح دهید :

آیا وضع سلامتی شما در حال حاضر نسبت به زمان شروع بیمه نامه تغییر کرده است ؟ بله خیر

آیا از تاریخ شروع بیمه نامه تا به حال در بیمارستان یا مراکز درمانی بستری بوده اید ؟ بله خیر

آیا در بین افراد خانواده شما (پدر ، مادر ، برادر و خواهر) از زمان شروع قرارداد تاکنون کسی فوت شده است ؟ بله خیر

آیا رشته (های) ورزشی خاصی انجام می دهید ؟ بله خیر تفریحی حرفه ای نام ببرید :

آیا سابقه مصرف سیگار / مشروبات الکلی و مواد مخدر داشته و یا در حال حاضر مصرف می نمایید ؟ بله خیر میزان و مدت زمان مصرف:

آیا باردار هستید ؟ بله خیر
(مخصوص بانوان)

آیا تاکنون خسارتی از محل بیمه نامه خود دریافت نموده اید ؟ بله خیر

در صورت مثبت بودن هر یک از سوالات فوق توضیح دهید :

اینجانب بدینوسیله تعهد می نمایم که کلیه جواب های داده شده کامل و با حقیقت منطبق بوده، بنابراین پوشش بیمه اینجانب بر پایه اظهارات فوق می باشد
 مهر و امضاء نمایندگی (شاهد):
 تاریخ:

امضاء بیمه شده :
 تاریخ:

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