



نام و نام خانوادگی بیمه شده: شماره پیش نویس: شماره بیمه نامه:

**۶- وضعیت سلامتی بیمه شده (کاملاً محرمانه):**

وضعیت نظام وظیفه (مخصوص آقایان): انجام خدمت  معافیت پزشکی  ماده  بند  معافیت غیر پزشکی  سایر  :  
در صورت معافیت، علت آن را شرح دهید (بائضمام کپی کارت معافیت):

آیا رشته (های) ورزشی خاصی انجام می دهید؟ خیر ، بلی  : تفریحی  حرفه ای  نام ببرید:  
در حال حاضر بیمه نامه عمر و بیمه نامه حوادث دیگری دارید؟ خیر  بلی  (در صورت دارا بودن بیش از یک بیمه نامه، سرمایه ها جمع گردد)

نوع بیمه (عمر)	شماره بیمه نامه	سرمایه بیمه	نام شرکت

نوع بیمه (حوادث)	شماره بیمه نامه	سرمایه بیمه	نام شرکت

لطفاً پاسخ ابتلا یا عدم ابتلا به بیماری های قید شده در جدول ذیل را مشخص فرمائید:

بیماری	بله	خیر
۱ قلب		
۲ فشار خون		
۳ هر نوع تومور		
۴ مغز		
۵ گوارشی		

بیماری	بله	خیر
۶ غدد داخلی		
۷ سرطان		
۸ ایدز		
۹ دیابت		
۱۰ گوش و حلق و بینی		

بیماری	بله	خیر
۱۱ صرع (تشنج)		
۱۲ استخوان		
۱۳ خونی		
۱۴ روحی و عصبی		
۱۵ چشمی		

بیماری	بله	خیر
۱۶ عفونی		
۱۷ تنفسی		
۱۸ انواع هیپاتیت و سل		
۱۹ کلیه و مجاری ادراری		
۲۰ پوستی		

در صورت مثبت بودن پاسخ هر کدام از پرسش های فوق، نام کامل و علت بیماری، زمان شروع آن، نوع، میزان و مدت زمان داروهای انجام شده و وضعیت فعلی خود را به صورت کتبی و در صورت انجام عمل جراحی، زمان و علت مشخص را به صورت کتبی به همراه مدارک عمل جراحی (در صورت دارا بودن) ضمیمه نمایید.

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

آیا سیگار / مشروبات الکلی و مواد مخدر مصرف داشته یا می نمایید؟ خیر  بلی  : میزان و مدت زمان مصرف:

**سوالات مخصوص بانوان**

آیا سابقه بیماری های خاص زنانه داشته اید؟ خیر  بلی  توضیح دهید؟  
آیا باردار هستید؟ خیر  بلی  (از صدور بیمه نامه برای بانوان باردار تا حداقل یک ماه پس از زایمان معذوریم) آیا سابقه زایمان داشته اید؟ خیر  بلی

چنانچه اخیراً آزمایش خون انجام داده اید آیا در خون شما موارد غیر عادی دیده شده است؟ خیر  بلی  آیا بر اثر حادثه مصدوم شده اید؟ خیر  بلی   
آیا مورد عمل جراحی قرار گرفته اید؟ خیر  بلی  آیا نقص عضو دارید؟ خیر  بلی  (در صورت مثبت بودن پاسخ هر یک از پرسشها، لطفاً توضیح دهید)

آیا سابقه بیماری حصبه داشته اید؟ خیر  بلی   
آیا از موتور سیکلت جهت تردد استفاده می نمایید؟ خیر  بلی  آیا طی شش ماه گذشته تغییرات وزنی (کاهش یا افزایش) داشته اید؟ خیر  بلی   
آیا در خانواده شما (پدر، مادر، برادر، خواهر، همسر و فرزندان) فردی به بیماریهای سل، سرطان، قلبی، غدد داخلی، خونی، مرض قند، روحی و عصبی و صرع مبتلا بوده و یا می باشد؟ نام برده و توضیح دهید:

اینجانبان (بیمه گذار و بیمه شده) امضا، کنندگان این پیشنهاد اعلام می داریم که تمام پاسخ هانی که داده ایم کاملاً درست و عین واقع بوده و هیچ اصلعی را که ممکن است موجب اشتباه بیمه پاسارگاد شود کتمان نکرده ایم و مطلعیم که هرگونه اظهار خلاف و خودداری از واقع گویی، مجوز قانونی باطل شدن بیمه نامه عمر و از دست دادن مزایای این بیمه نامه خواهد شد. ضمناً شرکت بیمه پاسارگاد و پزشک معتمد آن شرکت اجازه دارند هر گونه اطلاعی را که راجع به وضع مزاجی و سلامت بیمه شده نیاز باشد، کسب نمایند و این اطلاعات فقط جهت پذیرفتن یا تغییر نرخ بیمه مورد استفاده قرار می گیرد و در اختیار هیچ فرد حقیقی و یا حقوقی گذاشته نخواهد شد.

تاریخ، نام و امضا، بیمه گذار تاریخ، نام و امضا، بیمه شده

امضا، کنندگان ضمن تأیید هویت بیمه شده و بیمه گذار مندرج در این پرسش نامه، سلامتی ظاهری بیمه شده را تأیید و گواهی می نمایند که پرسش نامه توسط بیمه گذار و بیمه شده تکمیل و امضا شده است.

تاریخ، مهر و امضا، نماینده / مدیر ارشد / مدیر فروش تاریخ، نام و امضا، نماینده فروش

**۷- اظهار نظر اولیه کارشناس صدور بیمه نامه:**

صدور بیمه نامه نیاز به معاینات و آزمایشات پزشکی دارد؟ بلی  خیر  میزان اضافه نرخ: \_\_\_\_\_  
علت درخواست آزمایشات پزشکی: سرمایه بیمه نامه  مسائل پزشکی  سایر موارد

**۸- نظریه پزشک معتمد شرکت بیمه (در صورت نیاز):**

تاریخ، نام و امضا، پزشک معتمد

**۹- نظریه نهایی کارشناس صدور بیمه نامه:**

صدور بیمه نامه با توجه به مندرجات فرم پیشنهاد و قوانین و مقررات بیمه و بیمه گری بلامانع است؟ بلی  خیر  تاریخ، نام و امضا، کارشناس صدور

**۱۰- نظر مدیریت (در صورت لزوم):**

این پیشنهاد هیچ گونه تعهدی برای شرکت بیمه و بیمه گذار در صورت عدم صدور بیمه نامه ایجاد نکرده و هیچ نوع خسارتی قابل مطالبه نخواهد بود.

اعتبار بیمه نامه عمر و تامین آتیه از پرداخت اولین قسط حق بیمه و با صدور بیمه نامه شروع می شود.