

خواهشمند است به همه پرسش های زیر با دقت پاسخ دهید. صحت و کامل بودن پاسخ های ارائه شده شرط اصلی ایفای تعهدات بیمه گر می باشد.

مشخصات بیمه شده :

نام و نام خانوادگی:..... نام پدر:..... تاریخ تولد:.....
 کد ملی:..... شغل اصلی:..... شغل فرعی:.....
 جنسیت: زن مرد وضعیت تاهل: مجرد متاهل
 نشانی منزل:.....
 نشانی محل کار:.....
 تلفن:.....
 تلفن همراه:.....
 تلفن:.....

مشخصات بیمه نامه: (این قسمت توسط نماینده / کارشناس صدور تکمیل می گردد)

بیمه گذار:..... شماره بیمه نامه:..... تاریخ شروع بیمه نامه:..... مدت بیمه نامه:.....
 سرمایه فوت:
 دارای پوشش فوت ناشی از حادثه به میزان یک برابر دو برابر سه برابر بیشتر از سرمایه فوت
 دارای پوشش نقص عضو و ازکار افتادگی ناشی از حادثه
 دارای پوشش هزینه پزشکی ناشی از حادثه
 دارای پوشش امراض خاص
 دارای پوشش معافیت از پرداخت حق بیمه بر اثر ازکار افتادگی
 دارای پوشش مستمری از کارافتادگی

سوالات پزشکی :

لطفاً به سوالات زیر با دقت پاسخ دهید

در صورت مثبت بودن پاسخ هریک از موارد ذیل با ذکر شماره سوال، تاریخ، مدت زمان بیماری، عوارض به جا مانده و نام پزشک معالج را در انتهای سوالات پزشکی در قسمت توضیحات مرقوم فرمایید.

۱-قد:..... سانتی متر وزن:..... کیلوگرم

۲- سابقه بیماری های دستگاه تنفسی مانند سرفه مزمن، تنگی نفس به هنگام فعالیت، آسم و خلط چرکی یا خونی بلی خیر

۳- سابقه بیماری های قلب و عروق بخصوص فشار خون و درد قفسه سینه، سکته قلبی، واریس بلی خیر

۴- سابقه بیماری های خونی، سابقه تزریق خون، کم خونی خونریزیهای بدون علت بلی خیر

۵- سابقه بیماری های گوارشی، کبدی، معده، روده، پانکراس، دردهای مزمن شکمی، خونریزی گوارشی، تهوع و استفراغ مکرر، زردی بلی خیر

۶- سابقه بیماری های اعصاب و روان اضطراب، افسردگی، خودکشی بلی خیر

۷- سابقه بیماریهای داخلی اعصاب، تشنج، سکته مغزی، مشکلات حرکتی، فراموشی بلی خیر

۸- سابقه بیماری های کلیه، مجاری ادرار، مشکلات پروستات، خون در ادرار، سوزش ادرار، سنگ کلیه بلی خیر

۹- بیماری های گوش و حلق و بینی، چشمی، کاهش شنوایی، خونریزی های بینی، کاهش بینایی، نابینایی، سرگیجه بلی خیر

۱۰- سابقه بیماریهای پوستی، خالهای بزرگ یا در حال رشد، خالهای تغییر رنگ یافته، ترمیم طولانی زخم، خونریزی های زیرپوستی، توده جلدی و غدد لنفاوی بزرگ شده بلی خیر

ادامه سوالات پزشکی

- ۱۱- سابقه بیماری های استخوانی ،عضلات و مفاصل ،دردهای عضلانی ،دردهای ستون فقرات
- بلی خیر
- ۱۲- سابقه بیماری های غدد داخلی نظیر : تیروئید و دیابت ،چربی خون بالا
- بلی خیر
- ۱۳- سابقه بیماری های عفونی مانند سل ،هیپاتیت ،حصبه ،تب مالت ،مالاریا ،ایدز، کیست هیداتیک
- بلی خیر
- ۱۴- آیا به بیماری و عارضه دیگری مبتلا شده اید که در این پرسشنامه ذکر نشده باشد ؟
- بلی خیر
- توضیحات:
- ۱۵ - آیا مورد عمل جراحی قرار گرفته اید ؟
- بلی خیر
- نوع عمل ،زمان و نتیجه آن :
- ۱۶- آیا دچار نقص عضو شده اید ؟ در صورتی که پاسخ مثبت است در چه ناحیه ای ؟
- بلی خیر
- ۱۷- آیا دچار از کارافتادگی شده اید ؟ در صورتی که پاسخ مثبت است به چه میزان ؟
- بلی خیر
- ۱۸- آیا سابقه بستری شدن در بیمارستان یا آسایشگاه روانی را دارید ؟
- بلی خیر
- ۱۹- آیا از دارو برای بیماری طولانی مدت استفاده کرده یا می کنید ؟
- بلی خیر
- نوع دارو : میزان مصرف و مدت آن :
- ۲۰- آیا سابقه مصرف سیگار ، مواد مخدر ، مشروبات الکلی و... را دارید ؟
- بلی خیر
- نوع مصرف ؟ مدت استفاده: میزان مصرف روزانه؟
- ۲۱- آیا کسی از بستگان درجه اول شما به بیماری سل ،سرطان ،تشنج ،بیماری قلبی ،فشار خون ،مرض قند ،نارسائی کلیه ،سکته مغزی ،بیماری مادرزادی یا بیماری روحی و عصبی مبتلا بوده یا می باشد ؟
- بلی خیر
- ۲۲- اگر اعضای خانواده شما در قید حیات هستند، چه سنی دارند؟ سن مادر سن پدر
- سن خواهران سن برادران.....
- ۲۳- اگر پدر و مادر شما در قید حیات نیستند، در چه سنی و به چه علت فوت کرده اند؟
- سن فوت پدر علت فوت پدر
- سن فوت مادر علت فوت مادر
- سن فوت خواهران علت فوت خواهران(ان)
- سن فوت برادران(ان) علت فوت برادران(ان)
- توضیحات:

اینجانب اعلام می دارم که به کلیه سوالات فوق با صداقت و به نحو کامل پاسخ داده و از پوشش بیمه نامه عمر سینابان اطلاع کامل حاصل نموده و اعلام می نمایم که پاسخهای ارائه شده کاملاً درست و عین واقعیت بوده و مطلع می باشم که هر گونه اظهار خلاف واقع و خودداری از واقع گوئی به موجب قانون بیمه باعث باطل شدن پوشش بیمه ای و از دست دادن مزایای آن خواهد شد. ضمناً بیمه گر یا پزشکان معتمد اجازه دارند هر گونه اطلاعی را که راجع به وضع مزاجی و سلامت اینجانب نیاز باشد کسب نمایند.

** توجه: در صورتی که سن بیمه شده کمتر از ۱۸ سال باشد امضای فرم توسط ولی یا قیم قانونی ایشان الزامی است.

امضاء و اثر انگشت بیمه شده:

تاریخ تکمیل پرسشنامه:

امضاء و اثر انگشت بیمه گذار:

تاریخ تکمیل پرسشنامه: