

## فرم بررسی سلامت بیمه گذار جهت ارائه پوشش معافیت

تاریخ:

شماره پیشنهاد اصلی:

نام و نام خانوادگی بیمه گذار	
نام و نام خانوادگی بیمه شده	

- بیمه گذار/بیمه شده محترم، پاسخ شما به سوالات ذیل، در تعیین ریسک بیمه‌ای و نرخ حق بیمه شما، تأثیر دارد. پاسخ های گمراه کننده و یا اشتباه به سوالات، منجر به عدم ایفای تمام یا بخشی از تعهدات بیمه‌گر خواهد شد.
۱. قد ..... سانتی متر وزن ..... کیلوگرم تاریخ تولد: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
  ۲. چه ورزش‌هایی را به صورت منظم انجام می دهید؟.....
  ۳. شغل فعلی (با شرح کامل) .....
  ۴. آیا ظرف چند سال گذشته عمل جراحی داشته و یا به هر دلیلی در بیمارستان بستری شده‌اید؟ خیر  بلی   
اگر پاسخ مثبت است، در چه تاریخی ..... ، نام پزشک معالج و علت عمل جراحی را ذکر نمایید.  
نام پزشک معالج ..... علت عمل جراحی .....
  ۵. آیا شما، تا بحال سابقه ابتلا به بیماری‌هایی از قبیل قلب و عروق، بیماری‌های عفونی، هورمونی، ریوی، سرگیجه، گردش خون، یرقان، بیماری‌های مقاربتی و دستگاه تناسلی و یا هر نوع بیماری داخلی و عفونی دیگر، سرطان، بیماری زنان، آسم، ترومبوز، غش، دیابت، انواع نازاحتی عصبی و شوکی، عدم تعادل روانی و یا هر نوع بیماری مزمن دیگر داشته اید؟ خیر  بلی   
اگر پاسخ مثبت است، لطفاً نام پزشک معالج، نام بیماری و تاریخ ابتلا به بیماری را درج نمایید.  
نام پزشک معالج..... نام بیماری..... و تاریخ ابتلا به بیماری .....
  ۶. آیا در بین افراد خانواده شما کسی به بیماری‌های قلبی، بیماری قند، روحی و عصبی و یا بیماری‌های مسری مبتلا بوده است؟ خیر  بلی   
در صورت مثبت بودن پاسخ، نوع بیماری و نسبت بیمار را با بیمه شده، مرقوم فرمایید. ....
  ۷. اگر پدر و یا مادر شما، در قید حیات نیستند، سن فوت و علت آن را مرقوم فرمایید؟  
سن فوت پدر: ..... علت فوت پدر ..... سن فوت مادر: ..... علت فوت مادر .....

اینجانب، ..... اعلام می کنم که تمام پاسخ‌هایی که در این پرسشنامه داده‌ام، کاملاً درست بوده و هرگونه اظهار خلاف واقع و خودداری از بیان آنچه که درباره وضع سلامتی خود می‌دانم، به موجب ماده ۱۲ قانون بیمه باعث ابطال و سلب مزایای بیمه‌نامه خواهد شد. ضمناً شرکت بیمه سرمد مجاز است تا هر زمان که لازم بداند از پزشک یا پزشکان معالج اینجانب، اطلاعات موردنظر را کسب نموده و هرگونه تحقیقی را در مورد سوابق پزشکی اینجانب به عمل بیاورد.

عامل فروش
نام و نام خانوادگی، تاریخ و امضاء:

بیمه گذار
نام و نام خانوادگی، تاریخ و امضاء: