



بیمه یابسان گاد

فرم گواهی پزشکی بیمه عمر و تامین آتیه

تاریخ و ساعت چاپ گزارش :

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

وزن	قد	مدت تاخیر (تعداد اقساط/روز)	تاریخ آخرین پرداختی	تاریخ آخرین پوشش	تاریخ شروع بیمه نامه	شماره بیمه نامه	تاریخ تولد	نام و نام خانوادگی بیمه شده

شغل :	تلفن همراه :
آدرس محل کار :	تلفن :
آدرس منزل :	تلفن :

سوالات پزشکی

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

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 ، نام کامل و علت بیماری ، زمان شروع آن ، نوع ، میزان و مدت زمان مصرف دارو و وضعیت فعلی خود را قید نمایید و در صورت انجام عمل جراحی ، زمان و علت مشخص را بنویسید :

در صورت تیکه 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 رشته (های) ورزشی خاصی انجام می دهید ؟ بله خیر

آیا سیگار / مشروبات الکلی و مواد مخدر مصرف داشته یا می نمایید ؟ بله خیر

از موتور سیکلت جهت تردد استفاده می نمایید ؟ بله خیر

چنانچه اخیرا آزمایش خون انجام داده اید آیا در خون شما موارد غیر عادی دیده شده است ؟

آیا در اثر حادثه مصدوم (دچار شکستگی) شده اید ؟ بله خیر

آیا پلاتین دارید ؟ بله خیر

در صورت مثبت بودن پاسخ ، ناحیه و مدت زمان وجود پلاتین در بدن را مشخص نمائید :

آیا مورد عمل جراحی قرار گرفته اید ؟ بله خیر

آیا نقص عضو دارید ؟ بله خیر

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

آیا دچار از کارافتادگی شده اید ؟ بله خیر

(در صورت مثبت بودن پاسخ هر یک از پرسش ها ، لطفا توضیح دهید) :

آیا به بیماری کرونا مبتلا شده اید ؟ بله خیر

در صورت مثبت بودن آیا به دلیل ابتلا به کرونا بستری شده اید ؟ بله خیر

آیا در خانواده شما (پدر، مادر، برادر، خواهر، همسر و فرزندان) فردی به بیماری های سل ، سرطان ، قلبی ، غدد داخلی ، خونی ، مرض قند ، روحی عصبی و صرع مبتلا بوده و یا می باشند ؟ نام برده و توضیح دهید :

سوالات مخصوص بانوان :

آیا سابقه بیماری های خاص زنانه داشته اید ؟ بله خیر

آیا باردار هستید ؟ بله خیر

آیا سابقه زایمان داشته اید ؟ بله خیر

(از ادامه بیمه نامه برای بانوان باردار تا حداقل یک ماه پس از زایمان معذوریم)

گواهی می نمایم که بیمه شده رویت و فرم گواهی پزشکی توسط بیمه شده تکمیل و امضاء شده است .

مهر و امضاء نمایندگی (شاهد) :	تاریخ :	نام و نام خانوادگی :	تاریخ :
کد نمایندگی / نماینده فروش :		امضاء بیمه شده :	

فرم: ۸۲۳/۱۱-۸۴