

تاریخ:

پیوست پرسشنامه به شماره سریال

☐ پرسشهای پزشکی از پدر، مادر یا قیم بیمه شده: نام و نام خانوادگی بیمه گذار:

☐ پرسشهای پزشکی از بیمه شده گروهی: نام و نام خانوادگی بیمه شده:

☐ پرسشهای پزشکی از شخص بیمه شده: نام و نام خانوادگی بیمه شده:

پاسخ شما به سوالات ذیل، در تعیین ریسک بیمه‌ای و نرخ حق بیمه شما، تأثیر دارد. پاسخ‌های گمراه کننده و یا اشتباه به سوالات، منجر به عدم ایفای تمام یا بخشی از تعهدات بیمه‌گر خواهد شد.

نوع تغییر درخواستی در الحاقیه:

☐ سرمایه فوت ☐ نرخ تعدیل سالیانه سرمایه فوت ☐ اضافه نمودن پوششهای تکمیلی ☐ تغییر مدت بیمه نامه

☐ حق بیمه ☐ نرخ تعدیل حق بیمه ☐ سایر موارد (لطفاً قید گردد):

1. قد سانتی متر وزن کیلوگرم تاریخ تولد:/...../.....

نسبت بیمه گذار با بیمه شده آیا سابقه مصرف سیگار دارید؟ ☐ خیر ☐ بلی

سابقه مصرف قلیان و یا سایر دخانیات چطور؟ ☐ خیر ☐ بلی آخرین تاریخ مصرف میزان مصرف روزانه

2. چه ورزشهایی را به صورت منظم انجام می دهید؟

3. شغل فعلی بیمه شده (با شرح کامل)

4. شغل فعلی بیمه گذار (با شرح کامل)

5. آیا وسیله نقلیه شخصی دارید؟

بیمه گذار ☐ خیر ☐ بلی در صورت پاسخ مثبت: نوع وسیله ☐ سواری ☐ موتور ☐ وانت ☐ کامیون ☐ تاکسی

بیمه شده ☐ خیر ☐ بلی در صورت پاسخ مثبت: نوع وسیله ☐ سواری ☐ موتور ☐ وانت ☐ کامیون ☐ تاکسی

6. آیا شما ظرف یکسال گذشته به پزشک مراجعه کرده اید؟ ☐ خیر ☐ بلی

اگر پاسخ مثبت است، علت در چه تاریخی نتیجه

7. آیا شما، در طول زندگی خود عمل جراحی داشته و یا به هر دلیلی در بیمارستان بستری شده اید؟ ☐ خیر ☐ بلی اگر پاسخ مثبت است،

علت در چه تاریخی نتیجه نام پزشک معالج

8. آیا شما، تا به حال سابقه ابتلا به بیماریهایی از قبیل قلب و عروق، بیماریهای عفونی، هورمونی، ریوی، بیماری تنفسی، بیماری غدد، 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 ناراحتی عصبی و شوکی، عدم تعادل روانی و یا هر نوع بیماری مزمن دیگر داشته‌اید؟ ☐ 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

9. آیا بیمه گذار سابقه هر نوع بیماری، از کار افتادگی و یا عارضه ای داشته اند؟ ☐ خیر ☐ بلی

نوع داروهای مصرفی وضعیت فعلی

10. آیا در بین افراد خانواده شما کسی به سل، بیماری های 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 با بیمه شده را، مرقوم فرمایید

11. در صورت وجود بیمه عمر و حادثه صادر شده و یا در حال صدور لطفاً مشخصات آنرا ذکر نمایید

12. وضعیت جسمانی بیمه شده ☐ سالم ☐ معلولیت جسمی - حرکتی، نوع معلولیت

13. اگر پدر و مادر شما در قید حیات هستند، سن آنها چقدر است؟ سن پدر سن مادر

اگر پدر و یا مادر شما، در قید حیات نیستند، سن و علت فوت را مرقوم فرمایید:

سن فوت پدر: علت فوت پدر: سن فوت مادر: علت فوت مادر:

LIF039	شرکت بیمه سامان فرم پرسشهای تکمیلی پزشکی	
تجدید نظر: 04		
صفحه: 2 از 2		

اینجانب (نام و نام خانوادگی متقاضی) اعلام می کنم که تمام پاسخ هایی که در این پرسش نامه ثبت نموده ام، کاملاً درست بوده و هر گونه اظهار خلاف واقع و خودداری از بیان آنچه که درباره وضع سلامتی خود می دانم، به موجب ماده 12 قانون بیمه باعث ابطال و سلب مزایای بیمه نامه خواهد شد ضمناً شرکت سهامی بیمه سامان مجاز است تا هر زمان که لازم بداند از پزشک یا پزشکان معالج اینجانب، اطلاعات مورد نظر را کسب نموده و هر گونه تحقیقی را در مورد سوابق پزشکی اینجانب به عمل بیاورد.

مهر و امضای عامل فروش
تاریخ

نام و نام خانوادگی بیمه شده
امضاء تاریخ

نام و نام خانوادگی بیمه گذار
امضاء تاریخ

توضیحات پوشش از کار افتادگی کامل و معافیت از پرداخت حق بیمه در اثر حادثه یا بیماری: چنانچه بیمه شده، اولاد بیمه گذار باشد، تا زمانیکه بیمه شده به سن 18 سالگی تمام برسد، الحاقیه پوشش معافیت بر اساس سن بیمه گذار، مبنای قرارداد بوده و پوشش معافیت به شخص بیمه گذار ارایه می گردد. در این صورت، حق بیمه تا سن 18 سالگی تمام بیمه شده پرداخت می گردد. چنانچه بیمه شده پس از 18 سالگی تمام، مشغول به تحصیل بوده و مجرد باشد، سرمایه بیمه تا سن 25 سالگی تمام بیمه شده، پرداخت می گردد.