

لطفاً با رعایت حسن نیت سوالات زیر را پاسخ دهید:

۱- آیا تاکنون سابقه بستری در بیمارستان و یا عمل جراحی داشته‌اید؟ در صورت مثبت بودن پاسخ علت و مدت بستری قید شود: -----	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۲- آیا تاکنون به هر دلیلی (به جز سرما خوردگی) به پزشک مراجعه کرده‌اید؟ در صورت مثبت بودن پاسخ علت و نتیجه ذکر شود: -----	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۳- آیا به بیماری خاصی مبتلا شده‌اید و یا سابقه بیماری خاصی دارید؟ در صورت مثبت بودن نوع بیماری، زمان ابتلا و داروهای مصرفی قید شود: -----	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۴- آیا تاکنون به هر دلیلی داروی خاصی مصرف کرده یا می‌کنید؟ (به جز داروهای سرماخوردگی) در صورت مثبت بودن پاسخ نوع دارو و مدت مصرف قید شود: -----	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۵- آیا در شش ماه گذشته آزمایش انجام داده‌اید؟ (در صورت مثبت بودن پاسخ نتیجه آزمایش ضمیمه گردد)	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۶- آیا دچار نقص عضو شده‌اید؟ به چه میزان:	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۷- آیا دچار از کارافتادگی شده‌اید؟ به چه میزان:	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۸- آیا از سیگار، مشروبات الکلی، مواد مخدر استفاده کرده یا می‌کنید؟ میزان مصرف (روزانه): ----- نوع: ----- مدت زمان مصرف: -----	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۹- آیا کسی از بستگان درجه اول شما به بیماری سل، تشنج، سرطان، بیماری قلبی، فشار خون، دیابت، ناراحتی کلیه، سکته مغزی، بیماری مادرزادی یا بیماری روحی و عصبی مبتلا بوده یا می‌باشد؟ (در صورت مثبت بودن پاسخ نسبت و نوع بیماری و مدت ابتلا -----)	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۱۰- آیا شما در شش ماه گذشته کاهش وزن داشته‌اید؟ میزان و علت کاهش وزن: -----	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۱۱- آیا در حال حاضر کاملاً سالم هستید؟	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
سوالات مخصوص خانم‌ها:	
۱۲- آیا در حال حاضر باردار هستید؟	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>

اینجانبان پیشنهاد دهنده/ متقاضی بیمه/ امضاء کنندگان این پیشنهاد اعلام می‌داریم که به کلیه سئوالات مشروحه در این فرم با صداقت و به نحو کامل جواب داده و از مقررات و شرایط عمومی بیمه‌نامه که جزء لاینفک این قرارداد می‌باشد، اطلاع کامل حاصل نموده و اعلام می‌نمائیم که جواب‌های داده شده کاملاً درست و عین واقعیت بوده و مطمئنیم که هرگونه اظهار خلاف واقع و خودداری از واقع‌گویی به موجب قانون بیمه باعث باطل شدن قرارداد بیمه‌نامه و از دست دادن مزایای آن خواهد شد. ضمناً بیمه‌گر یا پزشکان معتمد اجازه دارند هرگونه اطلاعاتی را که راجع به وضع مزاجی و سلامت متقاضی بیمه نیاز باشد، کسب نمایند.

نام و امضاء پیشنهاد دهنده: _____ نام و امضاء متقاضی بیمه / قیم قانونی وی: _____ تاریخ: _____

- ۱- آیا پیشنهاد دهنده و متقاضی بیمه را شخصاً می‌شناسید؟ بلی خیر
- ۲- به نظر شما متقاضی بیمه در حال حاضر از سلامت برخوردار است؟ بلی خیر
- ۳- آیا ملاحظات خاصی از سلامت فعلی یا گذشته متقاضی بیمه/ پیشنهاد دهنده دارید؟ (شرح دهید)
- ۴- آیا اطلاعات کامل درباره شرایط بیمه‌نامه عمر مانده بدهکار را در اختیار پیشنهاد دهنده و متقاضی بیمه قرار داده‌اید؟ بلی خیر
- ۵- آیا صحت امضا پیشنهاد دهنده و متقاضی بیمه مورد تأیید است؟ بلی خیر

نام و امضاء مهر و کد نماینده / کارگزار:

نام و امضاء بازریاب:

تاریخ: