

بسمه تعالیٰ

فرم ثبت نام و گزارش پزشکی بیمه عمر و حوادث گروهی

* بیمه شده موظف است شخصاً به هر یک از سوالات زیر جواب صحیح و کامل بدهد و مسئول پاسخگوئی به سوالات می‌باشد.

* تا زمانیکه بیمه شده در سروه بیمه شدگان باشد این برگ پیشهاد معتبر بوده و در صورت تمدید قرارداد نیازی به تکمیل فرم جدید نمی‌باشد.

شماره قرارداد:

تلفن:

نام بیمه‌گذار:

آدرس:

مشخصات بیمه شده

| | | | | | | | |
|--------------------------------|-------------------------------|------------------------------|--------------|--|------------|----------------|----------|
| نام و نام خانوادگی | <input type="checkbox"/> مجرد | <input type="checkbox"/> مرد | وزن | قد | تاریخ تولد | شماره شناسنامه | محل صدور |
| <input type="checkbox"/> متاهل | <input type="checkbox"/> زن | | | | | | |
| نام پدر | تاریخ استخدام | شماره پرسنلی | حقوق ماهیانه | سعت و مقام استخدامی خود را به تفصیل شرح دهد. | | | |

قسمت پرسش‌های پزشکی

آیا به علت ناراحتی‌های زیر تحت معالجه و یا مشورت پزشک بوده‌اید؟ جوابهای خود را به علامت (X) در ستونهای مربوط مشخص فرمائید.

| ناراحتی | بله | خیر | ناراحتی | بله | خیر | ناراحتی | بله | خیر | ناراحتی | بله | خیر |
|--|-----|-----|--------------------|-----|-----|---------|-----|-----|----------|-----|-----|
| آیا دارای نواقص جسمانی می‌باشید؟ | ۱۳ | | خونی | ۷ | | | | | قلب | ۱ | |
| آیا در طی سه سال گذشته در پیمارستان یا تأسیسات مشابه بستری بوده‌اید؟ | ۱۴ | | قد | ۸ | | | | | فسار خون | ۲ | |
| آیا در طی سه سال گذشته تحت معاینه و یا مشورت پزشک قرار گرفته‌اید؟ | ۱۵ | | اختلالات عصبی | ۹ | | | | | تمور | ۳ | |
| آیا هرگز به شما توصیه شده است که تحت عمل جراحی فواریگرد و خودداری نموده باشید؟ | ۱۶ | | سیستم ادرار | ۱۰ | | | | | سرطان | ۴ | |
| آیا در حال حاضر حامله هستید (بانوان)؟ | ۱۷ | | دستگاه هاضمه | ۱۱ | | | | | ریه | ۵ | |
| آیا تا به حال دچار ناراحتی دیگر که در بالا ذکر نشده شده‌اید؟ | ۱۸ | | ستون فقرات و مفاصل | ۱۲ | | | | | کلیه | ۶ | |

در صورت مثبت بودن هر کدام از سوالات بالا در این قسمت توضیح کامل داده شود

امضاء

تاریخ:

بدینوسیله تعهد می‌نمایم که کلیه جوابهای داده شده کامل و با حقیقت

منطبق بوده بنابر این پوشش بیمه اینجانب بر پایه اظهارات فوق می‌باشد.

این قسمت توسط بیمه‌گذار (کارفرما) تکمیل می‌شود:

آیا از نقطه نظر سلامت مزاجی دلیل وجود دارد که کارمند این پرسشنامه تواند تحت پوشش بیمه قرار گیرد؟ بله خیر

در صورت مثبت بودن توضیح داده شود

امضاء بیمه‌گذار یا نماینده آن با ذکر تاریخ

نظرات پزشک معتمد بیمه آسیا راجع به وضع سلامتی بیمه شده و اداره صدور:

