

وضعیت انجام نظام وظیفه: انجام خدمت  معافیت پزشکی  معافیت غیرپزشکی  سایر

در صورت معافیت، علت آن را با ذکر ماده و بند مربوطه شرح دهید.

آیا رشته (های) ورزشی خاصی را انجام می دهید؟  خیر  بلی ، تفریحی  حرفه ای  نام رشته(های) ورزشی: .....

در حال حاضر پوشش بیمه عمر و بیمه حوادث دیگری دارید؟  بلی  خیر  (در صورت دارا بودن بیش از یک بیمه نامه سرمایه ها جمع گردد)

در صورت مثبت بودن جدول ذیل را کامل نمایید:

نوع بیمه(عمر)	شماره بیمه نامه	سرمایه بیمه	نام شرکت	نوع بیمه(حوادث)	شماره بیمه نامه	سرمایه بیمه	نام شرکت

- تا به حال پیشنهاد بیمه عمر به شرکت بیمه ای داده اید که مورد قبول واقع نشده باشد؟  بلی  خیر  در صورت مثبت بودن توضیح دهید:

در صورت ابتلا به هر یک از بیماریهای ذیل با قید علامت مشخص فرمائید:

بیماری		بلی	خیر	بیماری		بلی	خیر	بیماری		بلی	خیر
۱	قلب			۱۱	اعتیاد			۱	بیماری های غوارشی، کبد...		
۲	فشار خون			۱۲	بیماری های استخوان			۲	غدد درون ریز		
۳	هر نوع تومور			۱۳	هر نوع بیماری خونی			۳	سرطان		
۴	مغز			۱۴	بیماری روحی و عصبی			۴	ایدز		
۵	بیماری غوارشی، کبد...			۱۵	بیماری چشمی			۵	مرض قند		
								۶	بیماری های گوش و حلق و بینی		
								۷			
								۸			
								۹			
								۱۰			
								۱۱			
								۱۲			
								۱۳			
								۱۴			
								۱۵			
								۱۶			
								۱۷			
								۱۸			
								۱۹			
								۲۰			

در صورت مثبت بودن پاسخ هر کدام از سئوالات فوق، نام و علت بیماری، زمان شروع آن، نوع، میزان و مدت زمان داروهای مصرفی، درمان های انجام شده و وضعیت فعلی بیمه شده و در صورت انجام عمل جراحی، زمان و علت مشخص و مدارک عمل جراحی(در صورت دارا بودن) ضمیمه گردد.

در صورتیکه به بیماریهای دیگری غیر از موارد ذکر شده مبتلا بوده و یا هستید توضیح دهید:

در صورت مثبت بودن پاسخ هر یک از موارد ذیل با قید علامت مشخص فرمائید:

- آیا سیگار / سایر مواد دخانی مصرف مینمایید؟  میزان و مدت زمان مصرف:

- آیا باردار هستید؟ (مخصوص بانوان)  (از صدور بیمه نامه برای بانوان باردار تا یکماه پس از زایمان معذوریم)

- چنانچه آزمایش خون انجام داده اید آیا در خون شما موارد غیرعادی دیده شده است؟  آیا بر اثر حادثه مصدوم شده اید؟  آیا مورد عمل جراحی قرار گرفته اید؟

- آیا نقص عضو دارید؟  - در صورت مثبت بودن پاسخ هر یک از سئوالات فوق در این قسمت توضیح داده شود:

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

اینجانبان (بیمه گذار و بیمه شده) امضاء کنندگان این پیشنهاد اعلام می داریم که تمام جوابهایی که داده ایم کاملاً درست و عین واقع بوده و هیچ اطلاعاتی را که ممکن است موجب اشتباه بیمه پاسارگاد شود کتمان نکرده ایم و مطلعیم که هرگونه اظهار خلاف و خودداری از واقع گویی مجوز قانونی باطل شدن قرارداد بیمه عمر و از دست دادن مزایای این قرارداد خواهد شد. ضمناً شرکت بیمه پاسارگاد یا پزشکان معتمد آن شرکت اجازه دارند هرگونه اطلاعاتی را که راجع به وضع مزاجی و سلامت بیمه شده نیاز باشد، کسب نمایند و این اطلاعات فقط جهت پذیرفتن یا تغییر نرخ بیمه مورد استفاده قرار می گیرد و در اختیار هیچ کس و یا هیچ دستگاهی گذاشته نخواهد شد.

تاریخ، نام و امضاء بیمه گذار: \_\_\_\_\_ تاریخ، نام و امضاء بیمه شده: \_\_\_\_\_ تاریخ، مهر و امضاء نماینده/مدیر ارشد/مدیر فروش: \_\_\_\_\_ تاریخ، نام و امضاء نماینده فروش: \_\_\_\_\_

۷- نظر به اینکه کارشناس صدور بیمه نامه:  صدور بیمه نامه نیاز به معاینات و آزمایشات پزشکی دارد؟  بلی  خیر  میزان اضافه نرخ   علت درخواست آزمایشات پزشکی: ۱- سرمایه بیمه نامه  ۲- مسائل پزشکی  ۳- سایر موارد: .....

۸- نظر به پزشک معتمد شرکت بیمه: ۱- ارائه پوشش بیمه ای بدون اضافه نرخ به لحاظ پزشکی بلامانع است.  ۲- ارائه پوشش بیمه ای با اضافه نرخ ..... بلامانع است.  ۳- ارائه پوشش بیمه ای به لحاظ پزشکی به صلاح نمی باشد.  در صورت انتخاب گزینه ۲ و یا ۳ دلیل اضافه نرخ یا رد پزشکی پیشنهاد بیان شود. تاریخ، نام و امضاء پزشک معتمد: \_\_\_\_\_

۹- نظر به نامی کارشناس صدور بیمه نامه: صدور بیمه نامه با توجه به مندرجات پیشنهاد و ضوابط بیمه نامه بلامانع است؟  بلی  خیر  نام و امضاء کارشناس صدور: \_\_\_\_\_ تاریخ: \_\_\_\_\_

\* این پیشنهاد هیچ گونه تعهدی برای شرکت بیمه و بیمه گذار ایجاد نکرده و در صورت عدم انعقاد قرارداد هیچ نوع خسارتی قابل مطالبه نخواهد بود.

\* اعتبار بیمه عمر و تأمین آتیه از پرداخت اولین قسط حق بیمه و با صدور بیمه نامه شروع می گردد.