

مندرجات این فرم، جزء اطلاعات محرمانه شما نزد بیمه البرز است و منحصراً برای تنظیم قرارداد بیمه استفاده خواهد شد.

مشخصات فرد بیمه‌شده



کد ملی تاریخ تولد نام نام خانوادگی

پرسشنامه عمومی - (درباره فرد بیمه‌شده)



۱ - سابقه کاهش یا افزایش وزن طی شش ماه گذشته ☐ ندارم. ☐ دارم به دلیل

۲ - اگر دارای سابقه مصرف دخانیات و دیگر موارد زیر هستید، مشخص کنید:

سیگار	قلیان	سایر مواد	(خالی گذاشتن یا درج خط تیره -، به منزله اظهار عدم سابقه است)
			مصرف می‌کنم (موارد مصرف را ✓ بزنید):
			ترک کرده‌ام (موارد ترک را ✓ بزنید):
			در موارد ترک شده، مدت زمان ترک را بنویسید:

۳ - دارای پوشش بیمه عمر انفرادی برای خطر فوت، در مجموع به ارزش ریال از شرکت(های) بیمه هستیم.

پرسشنامه سلامتی - (درباره فرد بیمه‌شده)



۴ - مواردی که دارای سابقه درمانی، جراحی، بستری یا مصرف مستمر دارو هستید را با زدن ✓ مشخص کنید:

- ☐ سابقه بیماری قلب و عروق ☐ سابقه بیماری کلیه و مجاری ادرار ☐ سابقه بیماری چربی خون
- ☐ سابقه بیماری تنفسی ☐ سابقه بیماری مغز و اعصاب (شامل ام.اس.) ☐ سابقه بیماری فشار خون
- ☐ سابقه بیماری خونی ☐ سابقه بیماری عفونی مانند سل، هپاتیت و ایدز و ... ☐ سابقه هرگونه بیماری بدخیم / سرطان
- ☐ سابقه بیماری دستگاه گوارش، کبد و مجاری صفراوی ☐ سابقه بیماری دیابت (قند خون) ☐ سابقه بیماری روحی و روانی
- ☐ هیچکدام

در مواردی از لیست بالا که اظهار سابقه شده است، درباره سال تشخیص، مدت ابتلا، درمان انجام شده، آخرین تشخیص پزشک معالج و وضعیت کنونی، بیشتر توضیح داده شود.

۵ - سابقه نقص عضو، معلولیت و هر نوع ازکارافتادگی ☐ ندارم. ☐ دارم.

در صورت وجود سابقه نقص عضو، معلولیت یا هر نوع ازکارافتادگی، درباره سال شروع، نوع و میزان عارضه و وضعیت کنونی، بیشتر توضیح داده شود.

بیمه‌نامه براساس اظهارات این فرم صادر می‌شود. درست، کامل و صادقانه بودن اظهارات، شرط صحت قرارداد بیمه است.



نام و امضای فرد بیمه‌شده

☐ شخص بیمه‌شده را دیدم.
☐ امضای بیمه‌گذار و بیمه‌شده را شاهد بودم.
نام، امضا و مهر واحد مشاوره