

آیا معافیت پزشکی خدمت وظیفه دارید؟

بیمه شده اول: بلی خیر بیمه شده دوم: بلی خیر

اگر پاسخ مثبت است، لطفاً علت را توضیح دهید.

بیمه شده اول: سانتیمتر
وزن: کیلوگرم
بیمه شده دوم: سانتیمتر
کیلوگرم

۳- آیا تا به حال مبتلا به بیماری‌هایی از قبیل قلب و عروق، بیماری‌های عفونی، هورمونی، ریوی، سرگیجه، گردش خون، یرقان، بیماری‌های مقاربتی و دستگاه تناسلی و یا هر نوع بیماری‌های داخلی و عفونی دیگر، سرطان، بیماری‌های زنانه، آسم، ترومبوز، غش، دیابت، انواع ناراحتی‌های عصبی و شوکی، عدم تعادل روانی و یا هر نوع بیماری مزمن و یا واگیردار دیگر شده‌اید؟ بیمه شده اول: بلی خیر بیمه شده دوم: بلی خیر

در صورت مثبت بودن هر یک از موارد بالا لطفاً نام بیماری، تاریخ و نام پزشک معالج را مرقوم فرمایید:

بیمه شده اول:

بیمه شده دوم:

توجه: از ارائه پوشش بیمه به بانوان باردار تا یک ماه پس از زایمان معذوریم.

بیمه شده اول: بلی خیر بیمه شده دوم: بلی خیر

۴- آیا تا به حال عمل جراحی انجام داده‌اید؟

اگر پاسخ مثبت است لطفاً توضیح دهید:

بیمه شده اول: بلی خیر بیمه شده دوم: بلی خیر

۵- آیا در حال حاضر به هر دلیل تحت نظر پزشک می‌باشید؟

اگر پاسخ مثبت است لطفاً توضیح دهید:

۶- آیا در بین افراد خانواده شما کسی به سل، بیماری‌های قلبی، بیماری قند، روحی و عصبی و صرع و یا بیماری‌های واگیردار مبتلا بوده است؟

بیمه شده اول: بلی خیر بیمه شده دوم: بلی خیر

در صورت مثبت بودن پاسخ کدام یک و کدام بیماری:

بیمه شده اول:

بیمه شده دوم:

● دریافت پیش قسط هیچ‌گونه تعهدی برای بیمه‌گر ایجاد نمی‌نماید و صدور بیمه‌نامه عمر و سرمایه‌گذاری منوط به پذیرش بیمه‌گر (شرکت بیمه کارآفرین) و شروع تعهد بیمه‌گر پس از وصول کامل قسط اول حق بیمه می‌باشد.

● اینجانبان: بیمه شده اول: بیمه شده دوم:

اعلام می‌کنیم که تمام پاسخ‌هایی که در این پرسشنامه داده‌ایم کاملاً درست بوده و هرگونه اظهار خلاف واقع و خودداری از آنچه درباره وضع سلامتی خود و افراد خانواده خود می‌دانیم به موجب ماده ۱۲ قانون بیمه باعث ابطال و سلب مزایای بیمه‌نامه خواهد شد. ضمناً شرکت سهامی بیمه کارآفرین مجاز است هر زمان که لازم بداند به پزشک یا پزشکان معالج اینجانبان برای کسب اطلاعات مورد نظر رجوع نموده و هر گونه تحقیقی را در مورد سوابق پزشکی اینجانبان به عمل آورد.

● بدین وسیله تایید می‌نماییم که این پیشنهاد را با اطلاع کامل از شرایط و مقررات بیمه‌نامه عمر و سرمایه‌گذاری بیمه کار آفرین تکمیل نموده و ضمن اعلام رضایت خود تقاضای صدور بیمه‌نامه با مشخصات مندرج در فرم را داریم.

نام و امضای مسئول تایید	مهر و امضای نماینده/کارگزار	امضای بیمه‌شدگان	امضای بیمه‌گذار
تاریخ	تاریخ	اول دوم	تاریخ