



**ارزیابی سلامت بیمه‌شده و بیمه‌گذار**

قد بیمه‌شده:	وزن بیمه‌شده:	قد بیمه‌گذار:	وزن بیمه‌گذار:
۱	آیا معافیت پزشکی خدمت وظیفه دارید؟ در صورت مثبت بودن پاسخ توضیح دهید.	بیمه‌شده: بلی <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/>	بیمه‌گذار: بلی <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/>
۲	آیا دچار نقص عضو یا از کار افتادگی می‌باشید؟ در صورت مثبت بودن پاسخ توضیح دهید.	بیمه‌شده: بلی <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/>	بیمه‌گذار: بلی <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/>
۳	آیا از موتور سیکلت به طور مداوم استفاده می‌نمایید؟	بیمه‌شده: بلی <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/>	بیمه‌گذار: بلی <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/>
۴	آیا دارای سابقه بیماری‌های قلبی، دستگاه گردش خون (مانند سکت قلبی یا مغزی)، اعصاب و روان (مانند صرع یا افسردگی)، دستگاه تنفس، دستگاه گوارش، دستگاه ادراری - تناسلی، مفاصل و استخوانها، غدد داخلی (مانند دیابت)، انواع سرطان و بیماری‌های خود ایمنی و یا هر نوع بیماری مزمن دیگر می‌باشید؟ در صورت مثبت بودن پاسخ لطفاً نام بیماری و تاریخ ابتلاء و شروع آن را به همراه نام و میزان داروی مصرفی ذکر فرمایید.	بیمه‌شده: بلی <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/>	بیمه‌گذار: بلی <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/>
<b>*ارائه پوشش بیمه‌ای برای بانوان باردار، از یکماه پس از زایمان امکان‌پذیر می‌باشد.*</b>			
۵	آیا در بین افراد درجه یک خانواده شما فردی به بیماری خاصی مبتلا است؟ در صورت مثبت بودن پاسخ نام بیماری را ذکر فرمایید.	بیمه‌شده: بلی <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/>	بیمه‌گذار: بلی <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/>
۶	آیا در حال حاضر تحت نظر یا درمان پزشک می‌باشید؟ در صورت مثبت بودن پاسخ لطفاً علت، نام و میزان داروی مصرفی را ذکر فرمایید.	بیمه‌شده: بلی <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/>	بیمه‌گذار: بلی <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/>
۷	آیا تا به حال عمل جراحی انجام داده‌اید؟ در صورت مثبت بودن پاسخ توضیح دهید.	بیمه‌شده: بلی <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/>	بیمه‌گذار: بلی <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/>

اینجانبان (بیمه‌گذار و بیمه‌شده) با آگاهی کامل و پذیرش شرایط و مقررات حاکم بر بیمه‌نامه‌های بیمه زندگی خاورمیانه نسبت به تکمیل پرسش‌های فوق اقدام نموده‌ایم و با امضا ذیل این برگ اعلام می‌نماییم که کلیه پاسخ‌های ارائه شده در این فرم کاملاً صحیح و مطابق واقع است و مطلعیم که بر اساس ماده ۱۲ قانون بیمه، هرگونه اظهار خلاف واقع یا کتمان واقعیت درباره وضع سلامت بیمه‌شده سبب ابطال قرارداد و سلب مزایای بیمه‌نامه خواهد شد. ضمناً شرکت بیمه خاورمیانه مجاز است در هر زمان که لازم بداند جهت کسب اطلاعات موردنیاز به پزشک یا پزشکان معالجه‌مان مراجعه نماید و هرگونه تحقیق را در خصوص سوابق پزشکی‌مان به عمل آورد و اینجانبان متعهد می‌گردیم جهت انجام معاینات و آزمایشات پزشکی همکاری لازم را به عمل آوریم.

اینجانب کارگزار/ نماینده شخصاً بیمه‌گذار و بیمه‌شده بیمه‌نامه را ملاقات نموده ضمن احراز هویت و ارائه اطلاعات کامل و دقیق درخصوص شرایط بیمه‌نامه و میزان تعهدات و ارزش بازخرید آن، صحت امضای ایشان را تایید می‌نمایم.

**\*\* واریز پیش قسط از سوی بیمه‌گذار هیچ‌گونه تعهدی برای بیمه‌گر ایجاد نمی‌نماید و شروع تعهد بیمه‌گر منوط به صدور بیمه‌نامه و وصول کامل قسط اول حق بیمه می‌باشد.\*\***

نام و امضاء بیمه‌گذار: نام و امضاء بیمه‌شده: نام، کد و امضاء نماینده / کارگزار: نام و امضاء مدیرارشد / مدیر فروش:

تاریخ: تاریخ: تاریخ: تاریخ:

" در صورتیکه در هر زمان و به هر صورت عدم انتساب امضاهای فوق به بیمه‌شده و یا بیمه‌گذار اثبات گردد، بیمه‌نامه فاقد اعتبار بوده و شرکت تعهدی نسبت به پرداخت خسارت نخواهد داشت "

**"کادر ذیل توسط کارشناسان بیمه تکمیل می‌گردد"**

ارزیابی پزشکی	نظر پزشک معتمد
<p>* با توجه به سن و سرمایه درخواستی و بررسی فرم پیشنهاد، فرد نیاز به انجام چکاپ: <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد</p> <p>* با توجه به بررسی فرم پیشنهاد فوق، فرد نیاز به انجام چکاپ تکمیلی: <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد</p>	<p>نظر نهایی پزشک معتمد: <input type="checkbox"/> رد پیشنهاد <input type="checkbox"/> قبول پیشنهاد</p> <p>قابل قبول با اعمال اضافه نرخ <input type="checkbox"/></p> <p>علت رد پیشنهاد یا اضافه نرخ اعمالی:</p> <p>امضاء پزشک معتمد:</p>
امضاء ارزیاب ریسک:	