

فرم مکمل پیشنهاد بیمه های زندگی فرزندان دانا

شماره سریال درج شده در فرم پیشنهاد اصلی را در این قسمت بنویسید

این فرم به عنوان مکمل پیشنهاد بیمه عمر طرح فرزندان دانا توسط پیشنهاد دهنده تکمیل شده و سند اصلی اعتبار بیمه نامه می باشد.
تکمیل این پیشنهاد به تنهایی تعهدی برای بیمه گر ایجاد نمی نماید

نام و نام خانوادگی

نام پدر :

تاریخ تولد :

اطلاعات بیمه گذار

وضعیت خدمت نظام وظیفه (مخصوص آقایان) : انجام داده ام ☐ انجام نداده ام ☐ در حال انجام هستم ☐

در صورت معافیت پزشکی علت آن را توضیح دهید

به کدامیک از ورزشها و فعالیت ها به صورت حرفه ای می پردازید؟

مدت زمان دریافت مستمری بیمه نامه را (سال) تعیین می کنم

پوشش های بیمه گذار

☐ پوشش معافیت بیمه شده از پرداخت حق بیمه در صورت فوت و یا از کار افتادگی کامل و دائم بیمه گذار به هر علت

☐ دریافت مستمری در صورت فوت بیمه گذار و بر اساس آخرین حق بیمه پرداختی

☐ دریافت مستمری در صورت از کار افتادگی کامل و دائم بیمه گذار و بر اساس آخرین حق بیمه پرداختی

سئوالات پزشکی از پیشنهاد دهنده (بیمه گذار)

آیا سابقه ابتلاء به بیمارهای ذیل را دارید؟

بله

خیر

۱ بیماری دستگاه تنفسی، سرفه مزمن، تنگی نفس، آسم، خلط چرکی یا خونی و ...

۲ بیمارهای قلب و عروق، فشار خون، درد قفسه سینه، سکت قلبی، واریس و ...

۳ بیماری خونی، سابقه تزریق خون، کم خونی، خونریزی های بدون علت و ...

۴ بیماری داخلی اعصاب، تشنج، سکت مغزی، مشکلات حرکتی، فراموشی و ...

۵ بیماری گوارشی، کبد، پانکراس، دردهای مزمن شکمی، تهوع و استفراغ مکرر، زردی و ...

۶ بیماری اعصاب، اضطراب، اقدام به خودکشی، عدم تعادل روانی، اختلال خواب و ...

۷ بیماری گوش و حلق و بینی، چشمی، کاهش شنوایی، نابینایی، سرگیجه و ...

۸ بیماری کلیه، مجاری ادراری، پروستات، خون در ادرار، سنگ کلیه و ...

۹ بیمارهای پوستی، خونریزهای پوستی، توده جلدی، غدد لنفاوی بزرگ شده، خال های بزرگ یا در حال رشد، خال های تغییر رنگ یافته و ...

۱۰ بیمارهای استخوانی، عضلات و مفاصل دردهای عضلانی، دردهای ستون فقرات، درد مفاصل و ...

۱۱ بیمارهای غدد داخلی نظیر تیروئید، دیابت، کاهش افزایش اشتها، چربی خون بالا و ...

۱۲ بیمارهای عفونی مانند: سل، هپاتیت، ایدز، تب مالت، مالاریا، هیداتیک و ...

لطفا در صورت مثبت بودن هریک از گزینه های فوق موارد زیر را تکمیل فرمایید

نام بیماری..... تاریخ شروع بیماری..... نوع و میزان داروی مصرفی :

آیا در حال حاضر کاملاً سالم هستید ؟ قد..... وزن..... کیلو گرم

تغییرات وزن در سه ماه اخیر : کاهش وزن ☐ افزایش وزن ☐ کیلو گرم

آیا سابقه مصرف هر نوع مواد دخانی ، مواد مخدر و مواد روان گردان را دارید و یا داشته اید ؟ ☐ خیر ☐ بله

نوع مواد مصرفی..... میزان و مدت مصرف (تقریبی):

آیا تا کنون عمل جراحی انجام داده اید؟ و یا به هر دلیلی در بیمارستان یا آسایشگاه بستری شده اید؟ ☐ خیر ☐ بله علت :

آخرین باری که به عللی غیر از سرماخوردگی یا دندانپزشکی به پزشک مراجعه کرده اید در چه تاریخی و به چه علت بوده است ؟

آیا داری نقص عضو و یا از کار افتادگی می باشی ؟ ☐ خیر ☐ بله کدام قسمت و درصد آن را ذکر کنید؟

آیا در بین افراد خانواده شما (پدر ، مادر ، برادر، خواهر ، همسر و فرزندان شخصی به بیماری های عفونی -سرطان- قلبی-عروقی-غدد(دیابت) - خونی

و اعصاب و روان مبتلا بوده است ؟ در صورت مثبت بودن پاسخ نسبت بیمار و نوع بیماری وی درج گردد.

(بیمه گذار) خانم باشد
چنانچه پیشنهاد دهنده

تاریخ آخرین زایمان :

آیا در حال حاضر باردار هستید ؟ ☐ بلی ☐ خیر

توجه : چنانچه بارداری به هنگام تکمیل این فرم احراز گردد بیمه شده موظف است مراتب را جهت تعیین تاریخ شروع پوشش های بیمه ای به بیمه گر اعلام نماید
آیا دچار عوارض و بیماریهای ناشی از حاملگی و زایمان نظیر فشارخون، مسومیت حاملگی، سقط جنین، مول و عفونتها و خونریزیهای بعد از زایمان و شده اید؟ توضیح دهید.

آیا بیماری های خاص زنان نظیر خونریزی غیر طبیعی، لکه بینی یا کیست تخمدان و یا عفونت رحمی و غیره داشته اید؟
علت و مدت آن ؟

آیا دچار ترشح یا خونریزی، درد یا توده پستان و عدم تقارن در ناحیه سینه و زیر بغل شده اید؟

وضعیت سلامت افراد خانواده
پیشنهاد دهنده(بیمه گذار)

خانواده پیشنهاد دهنده(بیمه گذار)

خانواده پیشنهاد دهنده(بیمه گذار)

افراد خانواده	سن	وضعیت سلامت	
		علت و سن فوت	وضعیت سلامت
پدر			
مادر			
خواهر(ان)			
برادر(ان)			
افراد خانواده	سن	وضعیت سلامت	
		علت و سن فوت	وضعیت سلامت
همسر			
فرزند			
فرزند			
فرزند			

آیا در حال حاضر دارای بیمه نامه عمر یا حادثه دیگر و یا در جریان صدور دارید؟ : ☐ بلی ☐ خیر

پیشنهاد دهنده(بیمه گذار) سوابق بیمه ای	نوع بیمه	شماره بیمه نامه	سرمایه بیمه نامه	تاریخ بیمه نامه	شرکت بیمه	مبلغ خسارت دریافتی
توجه : در صورتیکه در طول مدت اعتبار بیمه نامه و یا پس از خاتمه آن مشخص شود که بیمه گذار یا بیمه شده بیمه نامه های موجود خود را در جدول فوق اعلام نداشته اید شرکت بیمه میتواند از پرداخت تمام یا قسمتی از تعهدات خود، خودداری نماید. آیا تا به حال درخواست بیمه عمر انفرادی نموده اید که مورد قبول واقع نشده باشد؟ در صورت مثبت بودن پاسخ علت آن را ذکر نمایید آیا تحت پوشش بیمه گران ذیل قرار دارید؟ ☐ بلی ☐ خیر تامین اجتماعی ☐ خدمات درمانی ☐ نیروهای مسلح ☐ سلامت ☐ سایر:						

بدینوسیله تایید می نمایم که به کلیه سئوالات مشروح در این ورقه با دقت و صداقت کامل پاسخ داده و از مقررات و شرایط عمومی بیمه نامه که جزء لاینفک بیمه نامه می باشد اطلاع کامل حاصل نموده ام و اعلام می دارم که به تمامی پرسشها جواب کامل و درست داده و مطلع هستم که هرگونه اظهار نظر خلاف واقع و خودداری از واقع گویی مجوز قانونی باطل شدن قرارداد بیمه نامه و از دست دادن مزایای آن قرارداد خواهد شد. همچنین به شرکت بیمه دانا اجازه می دهم که برای تکمیل پرونده بیمه عمر با هرکسی که مایل است از جمله پزشک خانوادگی مشاوره نماید.

نام و امضای پیشنهاد دهنده(بیمه گذار)

نام و امضا و مهر نماینده

نام و امضای و مهر و پزشک معتمد

اظهار نظر نهایی کارشناس / شعبه

با اضافه نرخ
صدور بیمه نامه درصد
بدون اضافه نرخ

و سرمایهریال و مدت سال

بلامانع است