

فرم درخواست تغییر نمایندگی



شرکت بیمه پاسارگاد

مدیریت محترم بیمه های عمر و تامین آتیه

احتراماً،

اینجانب بیمه گزار بیمه نامه عمر و تامین آتیه به شماره / / / / با سرمایه اولیه بیمه
عمر به میزان ریال و بیمه حادثه به سرمایه ریال، بدینوسیله درخواست می نمایم نمایندگی بیمه نامه مذکور
از کد به نام به کد نمایندگی به نام زیرگروه کد جنرال/مدیر ارشد تغییر نماید.
علت درخواست را به اختصار توضیح دهید :

امضاء بیمه گزار :

تاریخ :

مهر و امضاء نماینده :

تاریخ :

اطلاعات ذیل توسط شعبه/واحد صدور تکمیل شود .

تاریخ شروع قرارداد : تاریخ آخرین پوشش بیمه ای :

آخرین روش پرداخت حق بیمه : تعداد اقساط پرداختی بر حسب روش پرداخت :

فرم گواهی مبنی بر سلامت دارد ☐ ندارد ☐ سلامتی بیمه شده مورد تایید است بلی ☐ خیر ☐

توضیح :

امضاء بیمه گزار با پیشنهاد مطابقت دارد ☐ ندارد ☐

درخواست فوق با ضوابط اعلام شده برای تغییر کد نمایندگی مطابقت دارد ☐ ندارد ☐

در صورت عدم تطابق توضیح دهید :

مهر شعبه و امضاء :

تاریخ :

نام و نام خانوادگی تایید کننده :

تاریخ :

توضیح و تایید کارشناس مسئول اشخاص / رئیس شعبه / مدیر منطقه

--



فرم گواهی پزشکی بیمه عمر و تامین آتیه

بیمه شده موظف است شخصاً به هر یک از سوالات زیر جهت تجدید اعتبار و یا افزایش تعهدات بیمه نامه پاسخ کامل و صحیح بدهد.

نام و نام خانوادگی بیمه شده	تاریخ تولد	شماره بیمه نامه	تاریخ شروع بیمه نامه	تاریخ آخرین پوشش	مدت تاخیر	قد	وزن
شغل :				آدرس محل کار :			
آدرس منزل :				تلفن :			

سوالات پزشکی

لطفاً پاسخ ابتلا یا عدم ابتلا به بیماری های قید شده در جدول ذیل را مشخص فرمائید :

بیماری	بله	خیر	بیماری	بله	خیر	بیماری	بله	خیر	بیماری	بله	خیر
۱ قلب			۶ غدد داخلی			۱۱ صرع (تشنج)			۱۶ عفونی		
۲ فشار خون			۷ سرطان			۱۲ استخوان			۱۷ تنفسی		
۳ هر نوع تومور			۸ ایدز			۱۳ خونی			۱۸ انواع هیپاتیت و سل		
۴ مغز			۹ دیابت			۱۴ روحی و عصبی			۱۹ کلیه و مجاری ادراری		
۵ گوارشی			۱۰ گوش و حلق و بینی			۱۵ چشمی			۲۰ پوستی		

در صورت مثبت بودن پاسخ هر کدام از سوالات فوق نام کامل و علت بیماری، زمان شروع آن، میزان و مدت زمان مصرف دارو و وضعیت فعلی خود را قید نمایید و در صورت انجام عمل جراحی، زمان و علت مشخص را بنویسید :

در صورتیکه به بیماری های دیگری غیر از موارد ذکر شده مبتلا بوده و یا هستید، پرتودرمانی یا شیمی درمانی انجام داده اید بطور کامل توضیح دهید :

آیا وضعیت سلامتی شما در حال حاضر نسبت به زمان شروع بیمه نامه تغییر کرده است ؟ ☐ بله ☐ خیر

آیا از تاریخ شروع بیمه نامه تا به حال در بیمارستان یا مراکز درمانی بستری بوده اید ؟ ☐ بله ☐ خیر

آیا رشته [های] ورزشی خاصی انجام می دهید ؟ ☐ بله ☐ خیر ، تفریحی ☐ حرفه ای ☐ نام ببرید :

آیا سابقه مصرف سیگار / مشروبات الکلی و مواد مخدر داشته و یا مصرف می نمائید ؟ ☐ بله ☐ خیر ، میزان و مدت زمان مصرف :

آیا از موتور سیکلت جهت تردد استفاده می نمائید ؟ ☐ بله ☐ خیر

چنانچه اخیراً آزمایش خون انجام داده اید، آیا در خون شما موارد غیر عادی دیده شده است ؟ ☐ بله ☐ خیر آیا در اثر حادثه مصدوم شده اید ؟ ☐ بله ☐ خیر

آیا پلاتین دارید ؟ ☐ بله ☐ خیر در صورت مثبت بودن پاسخ ، ناحیه و مدت زمان وجود پلاتین در بدن را مشخص نمائید :

آیا مورد عمل جراحی قرار گرفته اید ؟ ☐ بله ☐ خیر نوع عمل، زمان و نتیجه آن :

آیا تا کنون خسارتی از محل بیمه نامه خود دریافت نموده اید ؟ ☐ بله ☐ خیر آیا دچار از کارافتادگی شده اید ؟ ☐ بله ☐ خیر در چه ناحیه ای ؟

آیا به بیماری کرونا مبتلا شده اید ؟ ☐ بله ☐ خیر در صورت مثبت بودن آیا به دلیل ابتلا به کرونا بستری شده اید ؟ ☐ بله ☐ خیر

در صورت مثبت بودن هر یک از سوالات فوق توضیح دهید :

آیا در خانواده شما فردی به بیماری های خاص (سل، سرطان، قلبی، غدد داخلی، خونی، مرض قند، روحی عصبی و صرع) مبتلا بوده و یا می باشد ؟ نام برده و توضیح دهید :

سوالات مخصوص بانوان : آیا سابقه بیماری های خاص زنانه داشته اید ؟ ☐ بله ☐ خیر توضیح دهید :

آیا باردار هستید ؟ ☐ بله ☐ خیر (از ادامه پوشش بیمه برای بانوان باردار تا یک ماه پس از زایمان معذوریم) آیا سابقه زایمان داشته اید ؟ ☐ بله ☐ خیر

اینجانب بدینوسیله تعهد می نمایم که کلیه جواب های داده شده کامل و با حقیقت منطبق بوده، بنابراین پوشش بیمه اینجانب بر پایه اظهارات فوق می باشد.

نام و نام خانوادگی :

امضاء بیمه شده :

تاریخ :

گواهی می نمایم که بیمه شده رویت و فرم گواهی پزشکی توسط بیمه شده تکمیل و امضاء شده است.

مهر و امضاء نمایندگی (شاهد) :

کد ملی و کد نمایندگی / نماینده فروش / بازاریاب :

تاریخ :

نظرات پزشک معتمد بیمه پاسارگاد راجع به وضع سلامتی بیمه شده و اداره صدور :