

بیمه شده: قد: سانتی متر وزن: کیلوگرم

آیا خدمت نظام وظیفه انجام داده‌اید؟ بله ☐ خیر ☐ معاف ☐ علت:

به کدام یک از ورزش‌ها می‌پردازید؟

کدام یک از ورزش‌ها جنبه حرفه‌ای دارند؟

آیا از سیگار، مشروبات الکلی، مواد مخدر استفاده کرده‌اید؟ به چه میزان؟

استفاده از موتورسیکلت: بله ☐ خیر ☐

بیمه گر پایه: دارد ☐ ندارد ☐ نام سازمان بیمه گر:

بیماری	بله	خیر
۱ بیماری‌های دستگاه تنفسی (سرفه مزمن، تنگی نفس و ...)	☐	☐
۲ بیماری‌های قلب و عروق (فشارخون، درد قفسه سینه، سکته قلبی و ...)	☐	☐
۳ بیماری‌های گوارشی و کبد (پانکراس، خونریزی گوارشی، دردهای مزمن، تهوع و ...)	☐	☐
۴ بیماری خونی (کم خونی، خونریزی بدون علت یا طولانی و سابقه تزریق خون)	☐	☐
۵ بیماری اعصاب و روان، اضطراب، افسردگی، وسواس، سابقه خودکشی و ...	☐	☐
۶ بیماری‌های کلیه و مجاری ادراری و تناسلی، خون در ادرار، پروستات، تکرر ادرار و ...	☐	☐
۷ تشنج، سکته مغزی، مشکلات حرکتی، فراموشی، حرکات غیر ارادی و لرزش	☐	☐
۸ بیماری‌های گوش، کاهش شنوایی یا بینایی، بیماری‌های چشمی، خونریزی مکرر بینی	☐	☐
۹ بیماری‌های پوستی، توده، تورم، خونریزی غیرعادی، حساسیت پوستی، زخم طولانی	☐	☐
۱۰ بیماری‌های غدد داخلی و تیروئید، دیابت، تغییر وزن شدید، تعریق شدید	☐	☐
۱۱ سابقه بیماری‌های عفونی مانند سل، هپاتیت، ایدز، تب، مالت و مالاریا	☐	☐
۱۲ آیا به بیماری دیگری غیر از موارد اشاره شده مبتلا شده‌اید؟	☐	☐
۱۳ بیماری که به موجب آن به مدت طولانی دارو مصرف می‌کنید؟ نام دارو:	☐	☐
۱۴ آیا سابقه بستری در بیمارستان یا عمل جراحی داشته‌اید؟	☐	☐
۱۵ آیا دچار نقص عضو یا از کارافتادگی شده‌اید؟ از چه ناحیه و به چه میزان و به چه علت:	☐	☐
۱۶ آیا در حال حاضر باردار هستید؟ یا بیماری زنانه داشته‌اید؟ (مربوط به بانوان)	☐	☐
۱۷ آیا در شش ماه گذشته تغییرات شدید وزن، چربی خون بالا، تب طولانی داشته‌اید؟ به چه علت:	☐	☐
۱۸ سابقه ابتلا به انواع سرطان	☐	☐
۱۹ آیا در حال حاضر سالم هستید؟	☐	☐

چنانچه پاسخ به هریک از پرسش‌های بالا مثبت است، نام بیماری، تاریخ شروع بیماری، نوع و دوز داروهای مصرفی را اعلام کنید:

وضعیت سلامت افراد خانواده	اگر از بستگان شما (صرفاً پدر، مادر، برادر و خواهر) دچار بیماری هستند با ذکر نسبت و سن ایشان نام ببرید:	اگر از بستگان شما (صرفاً پدر، مادر، برادر و خواهر) کسی فوت کرده است، لطفاً سن فوت، علت فوت و نسبت را بیان کنید:
---------------------------	--	---

نظر پزشک معتمد	تاریخ، امضاء و مهر پزشک:
----------------	--------------------------

استفاده کنندگان از سرپایه بیمه	نام و نام خانوادگی	تاریخ تولد	کد ملی	نام پدر	تلفن همراه	نسبت با بیمه شده	درصد سهم	اولویت
در صورت فوت بیمه شده		/ /						
در صورت حیات بیمه شده		/ /						

اینجانب (بیمه‌گزار) بدینوسیله تایید می‌کنم که این پیشنهاد را با اطلاع کامل از شرایط عمومی بیمه‌نامه طرح جامع یونیت لینک تکمیل کرده و تقاضای صدور بیمه‌نامه را دارم. قبول بیمه‌نامه به منزله موافقت با شرایط و مفاد مندرج بوده و هرگونه تغییر با درخواست کتبی بیمه‌گزار و موافقت بیمه‌گر صورت خواهد گرفت. اینجانب (بیمه‌شده) اعلام می‌کنم که تمام پاسخ‌هایی که در این پرسشنامه داده‌ام کاملاً درست بوده و هرگونه اظهار خلاف واقع و خودداری از آنچه درباره وضع سلامتی خود می‌دانم به موجب ماده ۱۲ قانون بیمه باعث ابطال و سلب مزایای بیمه‌نامه خواهد شد. همچنین شرکت بیمه معلم مجاز است هرزمان که لازم بداند به پزشک یا پزشکان معالج اینجانب برای کسب اطلاعات مورد نظر مراجعه کرده و هرگونه تحقیقی را در مورد سوابق پزشکی اینجانب بعمل آورد. ضمناً هرگاه بیمه‌گزار از پرداخت حق بیمه و یا هرقسط آن خودداری کند، به یکی از دو صورت زیر عمل خواهد شد:

۱- چنانچه ارزش ریالی اندوخته صندوق، برای حق بیمه پوشش‌های بیمه‌ای و هزینه‌های بیمه‌نامه کفایت کند، بیمه‌گر پس از ابطال تعداد واحدهای صندوق براساس قیمت صدور در روز ابطال و تسویه حق بیمه و هزینه‌های مربوط از این محل، بیمه‌نامه را ادامه خواهد داد.

۲- چنانچه ارزش ریالی اندوخته صندوق، برای حق بیمه پوشش‌های بیمه‌ای و هزینه‌های بیمه‌نامه کفایت نکند، بیمه‌نامه حداکثر به مدت سه ماه به حالت تعلیق درآمده و بیمه‌گر هیچگونه تعهدی در قبال پوشش‌های بیمه‌ای ارائه شده نخواهد داشت. پس از این مدت، بیمه‌نامه فسخ شده تلقی می‌شود.

بیمه‌گزار	بیمه‌شده	کارشناس صدور	مدیر شعبه
نام و نام خانوادگی:	نام و نام خانوادگی:	نام و نام خانوادگی:	نام و نام خانوادگی:
تاریخ: / / امضاء:	تاریخ: / / امضاء:	تاریخ: / / امضاء:	تاریخ: / / امضاء:

توسط فروشنده بیمه تکمیل شود	آیا پیشنهاد دهنده را شخصاً می‌شناسید؟ از چه مدتی؟ آیا ملاحظات خاصی از سلامت فعلی یا گذشته بیمه‌شده دارید؟ آیا صحت مشخصات بیمه‌شده و بیمه‌گزار مورد تایید شما است؟ آیا بیمه‌شده را در زمان درخواست بیمه‌نامه مشاهده کرده‌اید؟ آیا از لحاظ ظاهری سالم می‌باشند؟	بله ☐ خیر ☐ بله ☐ خیر ☐ بله ☐ خیر ☐ بله ☐ خیر ☐ بله ☐ خیر ☐	نام، امضاء، مهر و کد نمایندگی/کارگزار تاریخ: / /	تاریخ دریافت پیشنهاد: / /
-----------------------------	---	---	---	---------------------------