

نمونه برگ درخواست عضویت در صندوق بیمه عمر به شرط فوت و از کار افتادگی دائم

♦ بیمه شده موظف است شخصاً به طور دقیق موارد ذیل را تکمیل کند:

♦ نمونه برگ تکمیل شده بایستی در بایگانی واحد به صورت محفوظ نگهداری شود.

نام و نام خانوادگی	مرد <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/>	قد	وزن	تاریخ تولد	شماره شناسنامه	محل صدور
نام پدر	زن <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/>	شماره کارمندی	تاریخ استخدام	حقوق ماهیانه	سمت و مقام استخدامی	

جدول پرسش های پزشکی

آیا به بیماری های زیر دچار بوده و یا هستید؟ جواب خود را با علامت (x) در ستون مربوط مشخص کنید.

ردیف	بیماری	بله	خیر	ردیف	بیماری	بله	خیر
۱	قلب			۷	تومور		
۲	فشار خون			۸	مغز و اعصاب		
۳	دیابت			۹	ریه و تنفس		
۴	اعتیاد			۱۰	کلیه و مجاری		
۵	ایدز			۱۱	خونی		
۶	سرطان			۱۲	استخوان و مفاصل		
				۱۳	داخلی و غده		
				۱۴	گوارش و هاضمه		
				۱۵	سایر بیماریها		
				۱۶	حادثه و مصدومیت		
				۱۷	نواقص جسمی و عضوی		
				۱۸	بیماری خانوادگی و ارثی		

در صورت نیاز به توضیح موارد فوق و یا موارد دیگر و سابقه جراحی های قبلی لطفاً به صورت مشروح اعلام فرمائید.

به کدامیک از ورزشها می پردازید؟

آیا اشتغال شما به ورزش جنبه حرفه ای دارد؟ بله خیر

در حال حاضر پیشنهاد بیمه عمر در جریان صدور و یا بیمه عمر حوادث انفرادی دیگری دارید؟ بله خیر
در صورت مثبت بودن جدول زیر را تکمیل فرمائید.

نام بیمه	سرمایه بیمه	نام شرکت

۵۳/۱۲۶

