

**بسمه تعالی**  
**فرم پیشنهاد بیمه از دست دادن گواهی پرواز**

لطفاً قبل از تکمیل این پرسشنامه به نکات ذیل توجه فرمائید:

کلیه قسمتهای این پرسشنامه حتی چنانچه جهت تمدید بیمه نامه و یا افزایش مبلغ آن ارائه میگردد باید کاملاً تکمیل شود. کلیه جزئیات سوابق پزشکی و درمانی بیمه گذار باید ذکر شود و هیچ موردی نباید بعلت آنکه بیمه گذار تصور می نماید و یا به او گفته شده که از سلامت جسمانی کامل برخوردار است و یا با موضوع این بیمه بی ارتباط می باشد، حذف گردد.

۱- مشخصات شخصی:

نام:

فامیل:

تاریخ تولد:

قد:

وزن:

نوع پرواز:

۲- نام کارفرما

اگر تحت استخدام سازمانی نیستید و به شغل دیگری غیر از خلبانی نیز اشتغال دارید، جزئیات آن را ذکر فرمایید.

۳- درآمد شما از حرفه خلبانی چه میزان است، چنانچه شغل دیگری دارید جزئیات و درآمد آنرا نیز ذکر فرمایید.

۴- سرمایه بیمه:

۵- نوع ليسانس پرواز شما چيست؟ (جهت امور سمپاشی و یا خطوط تجاری مسافری) جزئیات شامل نوع، شماره ليسانس و مرجع صادر کننده آنرا ذکر فرمایید.

۶- نوع پرواز انجام شده ظرف دو سال گذشته:

نوع پرواز که ظرف ۱۲ ماه آینده انجام خواهید داد:

۷- آیا شما عضو انجمن خدمه پروازی خاصی می باشید؟ اگر پاسخ مثبت است لطفاً جزئیات آنرا شرح دهید.

۸- آیا بیمه حوادث و یا هزینه های درمانی دیگری (به هر شکل چه از طریق خودتان و یا سازمانی که تحت استخدام آن می باشید) دارید؟ اگر پاسخ مثبت است لطفاً جزئیات آنرا شرح دهید.

۹- آیا این پرسشنامه را جهت تجدید اعتبار یا تغییر در بیمه نامه فعلی تکمیل می نمایید. اگر چنین است لطفاً جزئیات بیمه نامه قبلی، سرمایه بیمه، نام شرکت بیمه و غیره را توضیح دهید.

۱۰- سوابق پزشکی

آیا تاکنون موارد روحی و یا ناراحتی های عصبی (میگرن، صرع، تشنج و یا بیهوشی) داشته اسد؟ آیا بعلت این موارد معاینه و تحت درمان قرار گرفته اید؟ اگر پاسخ مثبت است لطفاً تاریخ و جزئیات را بطور کامل شرح دهید.

آیا ناراحتیهای قلبی، فشار خون و یا بطور کلی دستگاه گردش خون و دستگاه تنفسی داشته اید؟ اگر پاسخ مثبت است لطفاً تاریخ و جزئیات را بطور کامل شرح دهید.

آیا ناراحتی هایی در رابطه با گوش، حلق، بینی، چشم و یا مجاری غذایی و یا مجاری تناسلی و یا ادراری داشته اید؟ اگر پاسخ مثبت است لطفاً تاریخ و جزئیات را بطور کامل شرح دهید.

آیا ناراحتی در رابطه با استخوانها و یا مفاصل و یا ستون فقرات داشته اید؟ اگر پاسخ مثبت است لطفاً تاریخ و جزئیات را بطور کامل شرح دهید.

آیا ناراحتی پوستی داشته اید؟ اگر پاسخ مثبت است لطفاً تاریخ و جزئیات را بطور کامل شرح دهید.

۱۱- لطفاً سابقه (تاریخ و جزئیات) هر نوع بیماری و جراحات ناشی از حوادث و یا ناراحتی جسمانی را که شما در رابطه با آن تحت درمان قرار گرفته اید ذکر فرمایید.

۱۲- آیا تاکنون بعلت موارد پزشکی لیسانس پروازی شما باطل شده است؟ اگر پاسخ مثبت است لطفاً تاریخ و جزئیات را بطور کامل شرح دهید.

۱۳- آیا تاکنون محدودیتی با توجه به لیسانس پروازتان داشته اید؟ اگر پاسخ مثبت است لطفاً تاریخ و جزئیات را بطور کامل شرح دهید.

۱۴- لطفاً تاریخ آخرین آزمایش کاردیو گرافی را که بوسیله مراجع ذیصلاح صادر کننده لیسانس پرواز شما انجام گرفته است ذکر فرمایید.

آیا سابقه هیچگونه ناراحتی در این آزمایش و یا آزمایشهای قبلی مشاهده گردیده است؟ اگر پاسخ مثبت است لطفاً تاریخ و جزئیات را بطور کامل شرح دهید

۱۵- آیا تاکنون در ضمن و یا پس از انجام آزمایش پزشکی ملزم به انجام موارد ذیل شده اید؟

- آزمایشات پزشکی اضافی. اگر پاسخ مثبت است لطفاً تاریخ و جزئیات را بطور کامل شرح دهید

- مراجعه به پزشک متخصص. اگر پاسخ مثبت است لطفاً تاریخ و جزئیات را بطور کامل شرح دهید

- آیا تاکنون صدور و یا تمدید گواهی پزشکی شما به تأخیر افتاده است؟ اگر پاسخ مثبت است لطفاً تاریخ و جزئیات را بطور کامل شرح دهید

- آیا تاکنون ملزم به مراجعه جهت آزمایشات پزشکی زودتر از موعد معمول داشته اید؟ اگر پاسخ مثبت است لطفاً تاریخ و جزئیات را بطور کامل شرح دهید

- آیا تاکنون دارو و یا رژیم خاصی برای شمت تجویز شده است؟ اگر پاسخ مثبت است لطفاً تاریخ و جزئیات را بطور کامل شرح دهید

۱۶- آیا شما متوجه ضعفی در سلامت کلی خودتان شامل قدرت شنوایی، بینایی و یا فشار خون شده اید؟ اگر پاسخ مثبت است لصفاً تاریخ و جزئیات را بطور کامل شرح دهید

۱۷- در سوابق بیمه ای خود آیا تاکنون مواردی بشرح ذیل داشته اید؟ اگر پاسخ مثبت است لصفاً تاریخ و جزئیات را بطور کامل شرح دهید

- آیا تاکنون تقاضای بیمه شما رد و یا به تعویق افتاده است؟

- آیا تاکنون بابت بیمه خود حق بیمه اضافه بر نرخ استاندارد پرداخت نموده اید؟

- آیا تاکنون شرکت بیمه ای بیمه نامه شما را فسخ و یا از تجدید اعتبار آن خود داری نموده است؟

### اقراریه

بدینوسیله تأیید می نماید که پاسخهای مندرج در این پرسشنامه بر اساس اطلاعات و سوابق کامل اینجانب کامل و صحیح می باشد و لازم هیچگونه مطالبی که تأیید در تصمیم گیری شرکت بیمه در مورد نرخ و شرایط داشته باشد تعمداً حذف نگردیده است.

تاریخ

امضاء

نام و نام خانوادگی