

بیمه شده گرامی، خواهشمند است به تمام موارد این فرم با صداقت کامل و به صورت کامل و خوانا پاسخ دهید و سپس امضاء نمایید. شرط اصلی اعتبار بیمه نامه، صحت اطلاعات در این پرسشنامه و پاسخهای شما است و به آن استناد خواهد شد. ضمناً تکمیل این فرم هیچگونه تعهدی برای بیمه گر ایجاد نمی نماید. به منظور رعایت حقوق بیمه گذار و استفاده کنندگان بیمه نامه این فرم بدون هرگونه خط خوردگی و یا لاک گرفتگی پذیرفته خواهد شد.

نام و نام خانوادگی بیمه گذار (بیمه شده اصلی): ..... کد رایانه بیمه نامه ..... تاریخ تکمیل فرم: .....

نام و نام خانوادگی	نسبت با بیمه شده اصلی:
کد ملی	شماره شناسنامه:
محل صدور:	محل صدور:
نام پدر:	نام پدر:
شغل اصلی:	جنسیت: مرد <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/>
تاریخ تولد: /-/-	وضعیت تاهل: مجرد <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/>
محل سکونت (الزامی): استان، شهر و آدرس:	تلفن همراه (الزامی):
	تلفن ثابت:
	محل سکونت (الزامی): استان، شهر و آدرس:
	ایمیل:

مشخصات بیمه شده

\*وزن ..... کیلوگرم      قد ..... سانتیمتر

\*آیا به ناراحتی یا بیماریهای زیر مبتلا بوده یا می باشید؟

در صورت مثبت بودن پاسخ هر یک از موارد زیر، تاریخ بروز و مدت زمان بیماری و عوارض به جا مانده را بنویسید.

۱- بیماریهای دستگاه تنفسی: سل ریوی  برونشیت مزمن  سرطان ریه  فیبروز ریه  نارسایی شدید تنفسی  آسم  فاقد بیماری

سایر:

۲- بیماریهای قلب و عروق: فشار خون بالا  سکته قلبی  حمله قلبی  سابقه جراحی قلب باز  تنگی یا نارسایی دریچه قلبی  آریتمی قلبی  پیس میکر دائم قلبی  سابقه آنژیوپلاستی  کوارکتاسیون آئورت  قراردادن استنت در عروق  جراحی پیوند آئورت  کاردیومیوپاتی  فاقد بیماری

سایر:

۳- بیماریهای خونی: لنفوم  لوسمی  هموفیلی  اختلال انعقاد خون  سابقه تزریق خون  غده لنفاوی بزرگ شده  نقص ایمنی مادرزادی  آنمی آپلاستیک  تالاسمی  فاقد بیماری  سایر:

۴- بیماریهای گوارشی: سیروز کبدی  هپاتیت مزمن  واریس مری  بیماریهای التهابی روده (کرون و کولیت اولسرو)  پولیپوز فامیلیال  خونریزی های گوارشی  تهوع و استفراغ مکرر  زردی  دردهای مزمن شکمی  نارساییهای کبدی  پانکراتیت  فاقد بیماری

سایر:

۵- بیماریهای اعصاب و روان: اسکیزوفرنی  اختلال خلق دو قطبی  افسردگی شدید  اضطراب  اقدام به خودکشی  فاقد بیماری

سایر:

۶- بیماریهای اعصاب: (صرع) تشنج  سابقه سکته مغزی  حمله گذاری مغزی  MS (مولتیپل اسکلروز)  بیماریهای بی حسی و فلجی  آلزایمر  آنوریسم مغزی  فراموشی  بیماری پارکینسون  ALS  تومور مغزی  کما  معلولیت ذهنی با ضریب هوشی زیر 50  فاقد بیماری

سایر:

۷- بیماریهای کلیه و مجاری ادرار: نارسایی مزمن کلیه  مجاری ادراری  مشکلات پروستات  خون در ادرار  سنگ کلیه  فاقد بیماری

سایر:

۸- بیماریهای استخوان و مفاصل: آرتريت روماتوئید  لوپوس  شوگرن  خشکی و درد مفاصل  دردهای عضلانی  اسپوندیلیت آنکیلوزان  فاقد بیماری

بدشکلی (انحراف) اندامها  نام عضو: .....

سایر:

۹- بیماریهای پوستی: بیماری بهجت  پمفیگوس  ایکتیوز پوستی  خالهای بزرگ یا درحال رشد  خالهای تغییررنگ یافته  زخم طول کشیده  توده جلدی  سوختگی درجه 3  سارکوئیدوز  پسوریازیس عارضه دار مقاوم به درمان  خونریزیهای زیرپوستی  فاقد بیماری

سایر:

۱۰- بیماریهای گوش و حلق و بینی و چشم: کاهش شنوایی  خونریزیهای بینی  کاهش بینایی  نابینایی  کاشت حلازون شنوایی  سرگیجه  خونریزی یا جداشدگی شبکیه  فاقد بیماری  سایر:

در صورت کاهش بینایی، اپتومتری جدید و در صورت کاهش شنوایی، تست شنوایی سنجی جدید ضمیمه گردد.

۱۱- بیماریهای غدد داخلی: دیابت  هیپرتیروئیدی  کاهش یا افزایش اشتها  چربی خون بالا  دیابت وابسته به انسولین  فاقد بیماری

سایر:

۱۲- سابقه بیماریهای عفونی: سل  هپاتیت  مالاریا  ایدز  کیست هیداتیک  فاقد بیماری  سایر:

۱۳- سابقه تومور یا کانسر (سرطان): بلی  خیر  نام محل تومور یا سرطان: ..... مدت بروز: .....

پرسشهای پزشکی

<p>۱۴- سابقه پیوند اعضاء بدن: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نام عضو پیوندی: ..... تاریخ پیوند: .....</p>	<p>سوالات عمومی</p>
<p>۱۵- بیماریهای دهان و دندان: دندان پوسیده <input type="checkbox"/> درد دندان <input type="checkbox"/> بیماریهای دهان و لثه <input type="checkbox"/> فاقد بیماری <input type="checkbox"/> سایر: .....</p>	
<p>۱۶- سابقه نازایی و یا ناباروری (در بازه سنی 15 تا 55 سال برای هر دو جنسیت پاسخ داده شود): بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت پاسخ مثبت، اقدامات درمانی ذکر شود: .....</p>	
<p>۱۷- سابقه بیماریهای زنان: کیست تخمدان <input type="checkbox"/> فیبروم رحم <input type="checkbox"/> PCO <input type="checkbox"/> یائسگی <input type="checkbox"/> خونریزیهای غیرمعمول <input type="checkbox"/> سقط جنین <input type="checkbox"/> فاقد بیماری <input type="checkbox"/> سایر: .....</p>	
<p>۱۸- آیا سابقه بستری در بیمارستان یا آسایشگاه را دارید: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت پاسخ مثبت علت بستری ذکر شود: .....</p>	
<p>۱۹- آیا مورد عمل جراحی قرار گرفته اید: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> عمل، زمان و نتیجه آن: .....</p>	
<p>۲۰- آیا دچار نقص عضو شده اید: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در چه ناحیه هایی: .....</p>	
<p>۲۱- آیا دچار از کارافتادگی شده اید: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> به چه میزان: .....</p>	
<p>۲۲- آیا از سیگار استفاده کرده یا میکنید: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت ترک، مدت زمان آن: ..... میزان مصرف و مدت آن: .....</p>	
<p>۲۳- آیا از دارویی برای بیماری ای به مدت طولانی استفاده کرده یا میکنید: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نوع دارو: ..... میزان مصرف و مدت آن: .....</p>	
<p>۲۴- آیا کسی از بستگان درجه اول شما به بیماری سل، سرطان، بیماری قلبی، فشار خون، مرض قند، نارسایی کلیه، سکنه مغزی، بیماری مادرزادی یا بیماری روحی و عصبی مبتلا بوده یا میباشند: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نسبت و نام بیماری: .....</p>	<p>امضاء بیمه شده</p>
<p>۲۵- آیا حامله می باشید؟ (در صورت مونث بودن): بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p>	
<p>۲۶- نیاز به هرگونه عمل جراحی تشخیص داده شده توسط پزشک در یک سال آینده دارید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نوع عمل: .....</p>	
<p>۲۷- نیاز به هرگونه درمان خاص که در حال حاضر پزشک تشخیص داده است؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نوع درمان: .....</p>	
<p>۲۸- به غیر از موارد مذکور در این پرسشنامه، آیا سابقه ابتلا به هرگونه بیماری دیگری را داشته اید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت پاسخ مثبت لطفاً موارد را ذکر نمایید: .....</p>	
<p>• آیا دارای فرزند می باشید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت داشتن لطفاً تعداد آنها را ذکر نمایید: .....</p>	
<p>• آیا ورزش حرفه ای انجام می دهید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نوع ورزش: ..... میزان اشتغال: .....</p>	
<p>• آیا بیمه عمر دارید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت داشتن بیمه عمر نام شرکت بیمه ای را ذکر کنید: .....</p>	
<p>اینجانب بیمه شده ..... امضاء کننده این پیشنهاد اعلام می دارم که به تمامی سوالات مشروحه در این فرم با صداقت و به نحو کامل پاسخ داده و از کلیه مفاد و مندرجات شرایط عمومی و خصوصی بیمه نامه که جزء لاینفک این قرارداد می باشد اطلاع دقیق و کامل حاصل نموده و اعلام می نمایم که پاسخ های داده شده کاملاً درست و عین واقعیت بوده و مطلع هستم که هر گونه اظهار خلاف واقع و خودداری از واقع گویی به موجب قانون بیمه باعث ابطال قرارداد درمان و سلب هرگونه ادعا و اسقاط حق استفاده از مزایای آن خواهد شد. * تذکر: در صورتی که بیمه شده به سن قانونی نرسیده باشد، نام بیمه شده میبایست در این فرم درج گردیده و توسط ولی یا قیم قانونی وی امضاء گردد.</p>	
<p>نام و نام خانوادگی بیمه شده/ ولی یا قیم قانونی بیمه شده / تاریخ / امضاء-----</p>	
<p>این قسمت توسط پزشک معتمد تکمیل خواهد شد. صدور بیمه نامه نیاز به معاینه: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> صدور بیمه نامه نیاز به آزمایش های پزشکی: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> علت درخواست معاینه و آزمایشات پزشکی: سن بیمه شده <input type="checkbox"/> سرمایه بیمه <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/></p> <p>شرح: .....</p> <p>باتوجه به بررسی پرسشنامه سلامت ----- آزمایشات انجام شده ----- صدور بیمه نامه: .....</p> <p>بلامانع است <input type="checkbox"/> به صلاح بیمه گر نمی باشد <input type="checkbox"/> نیاز به بررسی دارد <input type="checkbox"/></p> <p>توضیحات: .....</p> <p>مهر و مضا و تاریخ:</p>	<p>اطهار نظر پزشک معتمد</p>
<p>اطهار نظر نهایی: .....</p> <p>نام و نام خانوادگی / امضاء / تاریخ</p>	