

متقاضی گرامی، خواهشمند است به کلیه پرسش های مندرج در این فرم با دقت و صداقت پاسخ داده و سپس امضاء فرمایید. در صورت صدور بیمه نامه، شرط اصلی اعتبار آن صحت اطلاعات مندرج در این فرم و پاسخ های شما بوده و به آن استناد خواهد شد. ضمناً تکمیل این فرم هیچ تعهدی را برای بیمه گر ایجاد نمی کند. فرم پیشنهاد می بایست بدون هرگونه خط خوردگی، لاک گرفتگی، خراشیدگی، دوباره نویسی و یا محو شدن تکمیل شده باشد.

شماره پیشنهاد:	نام و کد شعبه:	نام و کد نماینده / کارگزار:	تاریخ درخواست:
نام و نام خانوادگی:	تاریخ تکمیل:	(مدت اعتبار پرستشنامه یک ماه از تاریخ تکمیل می باشد)	
نام و نام خانوادگی: نام پدر: شماره شناسنامه: کد ملی / شماره ثبت:	تاریخ تولد: محل صدور: تابعیت:	جنسیت: زن <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> وضعیت تاهل: مجرد <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/> دکتوری <input type="checkbox"/>	میزان تحصیلات: دیپلم / زیر دیپلم <input type="checkbox"/> فوق دیپلم / لیسانس <input type="checkbox"/> فوق لیسانس <input type="checkbox"/>
در صورتی که جنسیت پاسخ دهنده مرد می باشد آیا خدمت نظام وظیفه را انجام داده اید؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/>			
در صورتی که معافیت پزشکی دارید مدارک مربوطه ارائه شود (کپی کارت معافیت و مدارک پزشکی مربوطه)			
نشانی:			
تلفن همراه: ۰۹ _____ تلفن ثابت: _____ ایمیل: _____ @			
وزن: _____ کیلوگرم قند: _____ سانتیمتر			
آیا به ناراحتی یا بیماری های زیر مبتلا بوده یا می باشید؟ در صورت مثبت بودن پاسخ هر یک از موارد زیر، تاریخ بروز ومدت زمان بیماری و عوارض به جا مانده را بنویسید.			
۱- بیماری های دستگاه تنفسی: سل رویی <input type="checkbox"/> برونشیت مزمن <input type="checkbox"/> سرطان ریه <input type="checkbox"/> فیبروز ریه <input type="checkbox"/> نارسایی شدید تنفسی <input type="checkbox"/> آسم <input type="checkbox"/> انحراف بینی <input type="checkbox"/>			
سینوزیت مزمن <input type="checkbox"/> فاقد بیماری <input type="checkbox"/> سایر: _____			
۲- بیماری های قلب و عروق: فشار خون بالا <input type="checkbox"/> سکته قلبی <input type="checkbox"/> حمله قلبی <input type="checkbox"/> سابقه جراحی قلب باز <input type="checkbox"/> تنگی یا نارسایی دریچه قلبی <input type="checkbox"/> آریتمی قلبی <input type="checkbox"/>			
پیس میکر دائم قلبی <input type="checkbox"/> سابقه آنژیوپلاستی <input type="checkbox"/> کوار کتاسیون آئورت <input type="checkbox"/> قراردادن استنت در عروق <input type="checkbox"/> جراحی پیوند آئورت <input type="checkbox"/> کاردیومیوپاتی <input type="checkbox"/>			
بیماری های مادرزادی قلب <input type="checkbox"/> فاقد بیماری <input type="checkbox"/> سایر: _____			
۳- بیماری های خونی: لنفوم <input type="checkbox"/> لوسمی <input type="checkbox"/> هموفیلی <input type="checkbox"/> اختلال انعقاد خون <input type="checkbox"/> سابقه تزریق خون <input type="checkbox"/> غده لنفاوی بزرگ شده <input type="checkbox"/> کم خونی <input type="checkbox"/>			
نقص ایمنی مادرزادی <input type="checkbox"/> آنمی آپلاستیک <input type="checkbox"/> تالاسمی <input type="checkbox"/> فاقد بیماری <input type="checkbox"/> سایر: _____			
۴- بیماری های گوارشی: سیروز کبدی <input type="checkbox"/> هپاتیت مزمن <input type="checkbox"/> واریس مری <input type="checkbox"/> بیماری های التهابی روده (کرون و کولیت اولسرو) <input type="checkbox"/> پانکراتیت <input type="checkbox"/>			
خونریزی های گوارشی <input type="checkbox"/> تهوع و استفراغ مکرر <input type="checkbox"/> زردی <input type="checkbox"/> دردهای مزمن شکمی <input type="checkbox"/> نارسائی های کبدی <input type="checkbox"/> پولیپوز فامیلیان <input type="checkbox"/>			
فاقد بیماری <input type="checkbox"/> سایر: _____			
۵- بیماری های اعصاب و روان: اسکیزوفرنی <input type="checkbox"/> اختلال خلق دو قطبی <input type="checkbox"/> افسردگی شدید <input type="checkbox"/> اضطراب <input type="checkbox"/> اقدام به خودکشی <input type="checkbox"/> فاقد بیماری <input type="checkbox"/>			
سایر: _____			
۶- بیماری های اعصاب: (صرع) تشنج <input type="checkbox"/> سابقه سکته مغزی <input type="checkbox"/> حمله گذاری مغزی <input type="checkbox"/> MS (مولتیپل اسکلروز) <input type="checkbox"/> بیماری های بی حسی و فلجی <input type="checkbox"/>			
آلزایمر <input type="checkbox"/> آنوریسم مغزی <input type="checkbox"/> فراموشی <input type="checkbox"/> بیماری پارکینسون <input type="checkbox"/> ALS تومور مغزی <input type="checkbox"/> کما <input type="checkbox"/> معلولیت ذهنی با ضریب هوشی زیر ۵۰ <input type="checkbox"/>			
فاقد بیماری <input type="checkbox"/> سایر: _____			
۷- بیماری های کلیه و مجاری ادرار: نارسایی مزمن کلیه <input type="checkbox"/> مجاری ادراری <input type="checkbox"/> مشکلات پروستات <input type="checkbox"/> خون در ادرار <input type="checkbox"/> سنگ کلیه <input type="checkbox"/>			
فاقد بیماری <input type="checkbox"/> سایر: _____			
۸- بیماری های استخوان و مفاصل: آرتریت روماتوئید <input type="checkbox"/> لوپوس <input type="checkbox"/> شوگرن <input type="checkbox"/> خشکی و درد مفاصل <input type="checkbox"/> دردهای عضلانی <input type="checkbox"/> اسپوندیلیت آنکیلوزان <input type="checkbox"/>			
فاقد بیماری <input type="checkbox"/> بدشکلی (انحراف) اندام ها <input type="checkbox"/> نام عضو: _____ سایر: _____			
۹- بیماری های پوستی: بیماری بهجت <input type="checkbox"/> پمفیگوس <input type="checkbox"/> ایکتیوز پوستی <input type="checkbox"/> خال های بزرگ یا درحال رشد <input type="checkbox"/> خال های تغییر رنگ یافته <input type="checkbox"/>			
زخم طول کشیده <input type="checkbox"/> توده جلدی <input type="checkbox"/> سوختگی درجه ۲ <input type="checkbox"/> سارکوئیدوز <input type="checkbox"/> پسوریازیس عارضه دار مقاوم به درمان <input type="checkbox"/> خونریزی های زیر پوستی <input type="checkbox"/>			
فاقد بیماری <input type="checkbox"/> سایر: _____			
۱۰- بیماری های گوش و حلق و بینی و چشم: کاهش شنوایی <input type="checkbox"/> خونریزی های بینی <input type="checkbox"/> کاهش بینایی <input type="checkbox"/> نابینایی <input type="checkbox"/> کاشت حلزون شنوایی <input type="checkbox"/>			
سرگیجه <input type="checkbox"/> خونریزی یا جداشدگی شبکیه <input type="checkbox"/> فاقد بیماری <input type="checkbox"/> سایر: _____			
در صورت کاهش بینایی، اپتومتری جدید و در صورت کاهش شنوایی، تست شنوایی سنجی جدید ضمیمه گردد.			
۱۱- بیماری های غدد داخلی: دیابت <input type="checkbox"/> هیپر یا هیپوتیروئیدی <input type="checkbox"/> کاهش یا افزایش اشتها <input type="checkbox"/> چربی خون بالا <input type="checkbox"/> دیابت وابسته به انسولین <input type="checkbox"/>			
فاقد بیماری <input type="checkbox"/> سایر: _____			
۱۲- سابقه بیماری های عفونی: سل <input type="checkbox"/> ایدز <input type="checkbox"/> هپاتیت <input type="checkbox"/> مالاریا <input type="checkbox"/> کیست هیداتیک <input type="checkbox"/> فاقد بیماری <input type="checkbox"/> سایر: _____			
۱۳- سابقه تومور یا کانسر (سرطان): بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نام محل تومور یا سرطان: _____ مدت بروز: _____			
۱۴- سابقه پیوند اعضا بدن: بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نام عضو پیوندی: _____ تاریخ پیوند: _____			
۱۵- بیماری های دندان: دندان پوسیده <input type="checkbox"/> درد دندان <input type="checkbox"/> بیماری های دهان و لثه <input type="checkbox"/> فاقد بیماری <input type="checkbox"/> سایر: _____			
۱۶- سابقه نازایی: بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت پاسخ مثبت اقدامات درمانی ذکر شود:			
۱۷- سابقه بیماری های زنان: کیست تخمدان <input type="checkbox"/> فیبروم رحم <input type="checkbox"/> PCO <input type="checkbox"/> یائسگی <input type="checkbox"/> خونریزی های غیر معمول <input type="checkbox"/> سقط جنین <input type="checkbox"/>			
فاقد بیماری <input type="checkbox"/> سایر: _____			
۱۸- آیا سابقه بستری در بیمارستان یا آسایشگاه را دارید: بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت پاسخ مثبت علت بستری ذکر شود:			
۱۹- آیا مورد عمل جراحی قرار گرفته اید: بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> عمل، زمان و نتیجه آن: _____			
۲۰- آیا دچار نقص عضو شده اید: بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در چه ناحیه ای: _____			

بیمه گذار / مشخصات متقاضی پوشش بیمه ای / لطفاً موارد پزشکی را به دقت مطالعه و همه موارد را تکمیل فرمایید.

- ۲۱- آیا دچار از کار افتادگی شده اید: بلی خیر به چه میزان: _____
- ۲۲- آیا از سیگار، مشروبات الکلی و مواد مخدر استفاده کرده یا می‌کنید: بلی خیر
- در صورت ترک، مدت زمان آن: _____ نوع اعتیاد: _____ میزان مصرف و مدت زمان آن: _____
- ۲۳- آیا از دارویی برای بیماری‌ای به مدت طولانی استفاده کرده یا می‌کنید: بلی خیر
- نوع دارو: _____ میزان مصرف و مدت آن: _____
- ۲۴- آیا کسی از بستگان درجه اول شما بیماری سل، سرطان، بیماری قلبی، فشار خون، مرض قند، نارسایی کلیه، سکته مغزی، بیماری مادرزادی یا بیماری روحی و عصبی مبتلا بوده یا می‌باشند: بلی خیر نسبت و نام بیماری: _____
- ۲۵- آیا حامله می‌باشید؟ (در صورت مونث بودن): بلی خیر
- ۲۶- نیاز به هرگونه عمل جراحی تشخیص داده شده توسط پزشک در یک سال آینده دارید؟ بلی خیر نوع عمل: _____
- ۲۷- نیاز به هرگونه درمان خاص که در حال حاضر پزشک تشخیص داده است؟ بلی خیر نوع درمان: _____
- ۲۸- به غیر از موارد مذکور در این پرسشنامه، آیا سابقه ابتلا به هرگونه بیماری دیگری را داشته اید؟ بلی خیر
- در صورت پاسخ مثبت لطفاً موارد را ذکر نمایید: _____
- ۲۹- آیا سابقه هرگونه درد، توده یا ترشح از پستان‌ها (بانوان) را دارید؟ بلی خیر
- ۳۰- آیا سابقه بی‌اشتهایی و یا کاهش وزن بیش از ۱۰ کیلوگرم طی یکسال گذشته داشته‌اید؟ بلی خیر

- آیا دارای فرزند می‌باشید؟ بلی خیر در صورت داشتن تعداد آنها را ذکر نمایید: _____
- آیا ورزش حرفه‌ای انجام می‌دهید؟ بلی خیر نوع ورزش: _____ میزان اشتغال: _____
- آیا بیمه عمر دارید؟ بلی خیر در صورت داشتن بیمه عمر نام شرکت بیمه‌ای را ذکر کنید: _____
- اینجانب _____ اعلام و تعهد می‌نمایم به کلیه سوالات در کمال صداقت پاسخ داده‌ام و هیچ موضوعی را کتمان نکرده‌ام و در صورتی که خلاف آن ثابت شود حق هرگونه ادعا و نیز استفاده از مزایای این قرارداد از اینجانب ساقط خواهد گردید.
- تاریخ امضاء _____
- تذکر، در صورتی که بیمه‌شده به سن قانونی نرسیده باشد، می‌بایست ولی/قیم قانونی بیمه‌شده امضاء نماید.
- بیمه‌شده/ولی بیمه‌شده/قیم قانونی بیمه‌شده _____

- صدر بیمه‌نامه نیاز به معاینه: دارد ندارد
- صدر بیمه‌نامه نیاز به آزمایش‌های پزشکی: دارد ندارد
- علت درخواست معاینه و آزمایشات پزشکی: سن بیمه‌شده سایر
- شرح: _____
- _____
- _____
- با توجه به بررسی پرسشنامه سلامت _____ آزمایشات انجام شده _____ صدور بیمه‌نامه: _____
- بلامانع است به صلاح بیمه‌گر نمی‌باشد نیاز به بررسی دارد
- تاریخ/مهر و امضاء _____