

نام و نام خانوادگی بیمه گذار: تاریخ تکمیل: / / (مدت اعتبار پرسشنامه یک ماه از تاریخ تکمیل می باشد)

مشخصات متقاضی پوشش بیمه ای (اطلاعات بیمه شده)

نام و نام خانوادگی بیمه شده: نام پدر: جنسیت: زن مرد تاریخ تولد: / /
 شماره شناسنامه: محل تولد: محل صدور: کد ملی:
 وضعیت تاهل: مجرد متاهل تابعیت:
 میزان تحصیلات: دیپلم/زیر دیپلم فوق دیپلم/لیسانس فوق لیسانس دکتری
 نشانی: منطقه شهرداری (در صورتی که بیمه گذار ساکن تهران است):
 تلفن ثابت: تلفن همراه: ایمیل:

لطفا موارد پزشکی زیر را به دقت مطالعه و همه موارد را تکمیل فرمایید. (در صورتی که سوال بی پاسخ وجود داشته باشد، به منزله عدم وجود بیماری تلقی می گردد.)

- وزن: کیلوگرم • قد: 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 و مدت زمان بیماری و عوارض به جا مانده را بنویسید.
- ۱- بیماری های دستگاه تنفسی: سل ریوی برونشیت مزمن سرطان ریه فیبروز ریه نارسایی شدید تنفسی آسم فاقد بیماری سایر:
- ۲- بیماری های قلب و عروق: فشار خون بالا سکنه قلبی حمله قلبی سابقه جراحی قلب باز تنگی یا نارسایی دریچه قلبی آریتمی قلبی پیس میکر دائم قلبی سابقه آنژیوپلاستی کوارتاسیون آئورت قراردادن استنت در عروق جراحی پیوند آئورت کاردیومیوپاتی فاقد بیماری سایر:
- ۳- بیماری های خونی: لنفوم لوسمی هموفیلی اختلال انعقاد خون سابقه تزریق خون غده لنفاوی بزرگ شده نقص ایمنی مادرزادی آنمی آپلاستیک تالاسمی فاقد بیماری سایر:
- ۴- بیماری های گوارشی: سیروز کبدی هپاتیت مزمن واریس مری بیماری های التهابی روده (کرون و کولیت اولسرو) پولیپوز فامیلیال خونریزی های گوارشی تهوع و استفراغ مکرر زردی دردهای مزمن شکمی نارسایی های کبدی پانکراتیت فاقد بیماری سایر:
- ۵- بیماری های اعصاب و روان: اسکیزوفرنی اختلال خلق دو قطبی افسردگی شدید اضطراب اقدام به خودکشی فاقد بیماری سایر:
- ۶- بیماری های اعصاب: (صرع) تشنج سابقه سکنه مغزی حمله گذاری مغزی MS (مولتیپل اسکلروز) بیماری های بی حسی و فلجی آلزایمر آنوریسم مغزی فراموشی بیماری پارکینسون ALS تومور مغزی کما معلولیت ذهنی با ضریب هوشی زیر ۵۰ فاقد بیماری سایر:
- ۷- بیماری های کلیه و مجاری ادرار: نارسایی مزمن کلیه مجاری ادراری مشکلات پروستات خون در ادرار سنگ کلیه فاقد بیماری سایر:
- ۸- بیماری های استخوان و مفاصل: آرتريت روماتوئید لوپوس شوگرن خشکی و درد مفاصل دردهای عضلانی اسپوندیلیت آنکیلوزان فاقد بیماری بدشکلی (انحراف) اندامها نام عضو: سایر:
- ۹- بیماری های پوستی: بیماری بهجت پمفیگوس ایکتیوز پوستی خال های بزرگ یا در حال رشد خال های تغییر رنگ یافته زخم طول کشیده توده جلدی سوختگی درجه ۳ سارکوئیدوز پسوریازیس عارضه دار مقاوم به درمان خونریزی های زیر پوستی فاقد بیماری سایر:
- ۱۰- بیماری های گوش و حلق و بینی و چشم: کاهش شنوایی خونریزی های بینی کاهش بینایی نابینایی کاشت حلزون 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- بیماری های غدد داخلی: دیابت هیپریپوتیروئیدی کاهش یا افزایش اشتها چربی خون بالا دیابت وابسته به انسولین فاقد بیماری سایر:
- ۱۲- سابقه بیماری های 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:

تذکر: در صورتی که بیمه شده به سن قانونی نرسیده باشد، نام بیمه شده می بایست ذکر شده و ولی/قیم قانونی بیمه شده امضاء نماید.

- ۱۴- سابقه پیوند اعضاء بدن: بلی خیر نام عضو پیوندی: تاریخ پیوند:
- ۱۵- بیماری‌های دهان و دندان: دندان پوسیده درد دندان بیماری‌های دهان و لثه فاقد بیماری سایر:
- ۱۶- سابقه نازایی و یا ناباروری (در بازه سنی ۱۵ تا ۵۵ سال برای هر دو جنسیت پاسخ داده شود): بلی خیر در صورت پاسخ مثبت، اقدامات درمانی ذکر شود:
- ۱۷- سابقه بیماری‌های زنان: کیست تخمدان فیبروم رحم PCO یائسگی خونریزی‌های غیر معمول سقط جنین فاقد بیماری سایر:
- ۱۸- آیا سابقه بستری در بیمارستان یا آسایشگاه را دارید: بلی خیر در صورت پاسخ مثبت علت بستری ذکر شود:
- ۱۹- آیا مورد عمل جراحی قرار گرفته‌اید: بلی خیر عمل، زمان و نتیجه آن:
- ۲۰- آیا دچار نقص عضو شده‌اید: بلی خیر در چه ناحیه‌ای:
- ۲۱- آیا دچار از کار افتادگی شده‌اید: بلی خیر به چه میزان:
- ۲۲- آیا از سیگار استفاده کرده یا می‌کنید: بلی خیر در صورت ترک، مدت زمان آن: میزان مصرف و مدت 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 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 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 داشته‌اید؟ بلی خیر در صورت پاسخ مثبت لطفاً موارد را ذکر نمایید:

اطلاعات تکمیلی متقاضی پوشش بیمه‌ای

- 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 سؤالات در کمال صداقت پاسخ داده‌ام و هیچ موضوعی را کتمان نکرده‌ام و در صورتی که خلاف آن ثابت شود حق هر گونه ادعا و نیز استفاده از مزایای این قرارداد از اینجانب ساقط خواهد گردید.

تذکر: در صورتی که بیمه‌شده به سن قانونی نرسیده باشد، نام بیمه‌شده می‌بایست ذکر شده و ولی/قیم قانونی بیمه‌شده امضاء نماید. تاریخ امضاء بیمه‌شده/ولی بیمه‌شده/قیم قانونی بیمه‌شده

این قسمت توسط پزشک معتمد بیمه‌گر تکمیل خواهد شد.

- صدر بیمه نامه نیاز به معاینه: دارد ندارد
- صدر بیمه نامه نیاز به آزمایش‌های پزشکی: دارد ندارد
- علت درخواست معاینه و آزمایشات پزشکی: سن بیمه شده سرمایه بیمه سایر
- شرح:

با توجه به بررسی پرسشنامه سلامت آزمایشات انجام شده صدور بیمه نامه:

بلامانع است به صلاح بیمه‌گر نمی‌باشد نیاز به بررسی دارد

توضیحات:

مهر و امضاء و تاریخ