

نام طرح درخواستی: ..... فرانشیز: ..... افزایش دوبرابری تعهدات انجام شود؟ **بلی / خیر** حق بیمه: **نقدی / اقساطی ۱ قسطه / اقساطی ۲ قسطه**

### اطلاعات بیمه گذار:

نام و نام خانوادگی ..... کد ملی ..... تاریخ تولد ..... موبایل ..... تلفن ..... استان .....  
 شهر ..... محل سکونت ..... کد پستی ..... نام بانک .....  
 شماره شبا بنام بیمه گذار ..... شماره حساب ..... شماره کارت .....

### اطلاعات بیمه شده:

نام و نام خانوادگی بیمه شده ..... نسبت با بیمه گذار ..... کد ملی ..... تاریخ تولد .....  
 آیا بیمه شده متاهل است؟ ..... بیمه گر پایه ..... قد ..... وزن .....

### سوالات پزشکی زیر را با دقت و صداقت پاسخ دهید: (در صورت مثبت بودن پاسخ سوالات توضیح دهید)

بیماری های خونی	بیماری های غدد داخلی	بیماری های دستگاه تنفسی
لنفوم لوسمی هموفیلی اختلال انعقاد خون سابقه تزریق خون غده لنفاوی بزرگ شده نقص ایمنی آنمی آپلاستیک تالاسمی بزرگی طحال سرطان خون <b>فاقد بیماری</b>	دیابت بیماری تیروئید کاهش یا افزایش اشتها چربی خون بالا بیماری فوق کلیوی افزایش پرولاکتین بیماری های هیپوفیز <b>فاقد بیماری</b>	سل ریوی برونشیت مزمن سرطان ریه فیبروز ریه نارسایی تنفسی آسم آلرژی <b>فاقد بیماری</b>
بیماری های اعصاب و روان	بیماری های کلیه و مجاری ادرار	بیماری های دستگاه تناسلی مردان (ویژه آقایان)
اسکیزوفرنی اختلال خلق دو قطبی افسردگی اضطراب اقدام به خودکشی وسواس <b>فاقد بیماری</b>	نارسایی مزمن کلیه اختلالات مجاری ادراری عفونت های ادراری راجعه خونریزی در ادرار سنگ کلیه و مجاری ادراری دیالیز <b>فاقد بیماری</b>	واریکوسل هیدروسل مشکلات پروستات سابقه پیچ خوردگی بیضه هایپوسپادیازیس فتق <b>فاقد بیماری</b>

بیماری های مغز و اعصاب	بیماری های پوستی	بیماری های گوارشی
<p>بیمار بیماری های قلب و عروق</p> <p>فشار خون بالا سکته قلبی درد قفسه سینه سابقه جراحی قلب باز تنگی یا نارسایی دریچه قلبی آریتمی قلبی پیس میکر قلبی سابقه آنژیوپلاستی (استنت و بالون) آنژیوگرافی جراحی پیوند آئورت کاردیومیوپاتی نارسایی قلبی اختلالات عروقی واریس جراحی عروقی <b>فاقد بیماری</b></p>	<p>بیماری بهجت</p> <p>پمفیگوس ایکتیوز پوستی خال های بزرگ یا درحال رشد یا خال های تغییر رنگ یافته زخم طول کشیده توده جلدی سوختگی درجه ۳ سارکوئیدوز پسوریازیس خونریزی های زیر پوستی لیکن پلان آلرژی و حساسیت های پوستی <b>فاقد بیماری</b></p> <p>سابقه بیماری های زنان (ویژه بانوان)</p> <p>کیست تخمدان میوم یا فیبروم رحم توده یا کیست پستان آندومتریوز خونریزی های غیر معمول سقط جنین هرگونه ترشح از پستان و یا تغییر شکل پستان افتادگی رحم <b>فاقد بیماری</b></p>	<p>سیروز و نارسایی کبدی هپاتیت مزمن واریس مری بیماری های التهابی روده (کرون و کولیت اولسرو) پانکراتیت زخم یا ورم معده سنگ کیسه صفرا خونریزی های گوارشی تهوع و استفراغ مکرر زردی دردهای مزمن شکمی فتق شکمی پولیپ روده <b>فاقد بیماری</b></p> <p>سابقه بیماری های عفونی</p> <p>سل ایدز هپاتیت مالاریا کیست هیداتیک کرونا منجر به بستری بیماری های مقاربتی (گنوره، سفلیس، شانکروئید و...) بروسلوز <b>فاقد بیماری</b></p>

<p>آیا نیاز به هر گونه عمل جراحی تشخیص داده شده توسط پزشک در یک سال آینده دارید؟ <b>بلی / خیر</b></p> <p>آیا نیاز به هر گونه درمان خاص که در حال حاضر پزشک تشخیص داده است دارید؟ <b>بلی / خیر</b></p> <p>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 می باشند؟ <b>بلی / خیر</b></p>	<p>بیماری های گوش و حلق و بینی و چشم</p> <p>کاهش شنوایی خونریزی های بینی کاهش بینایی نابینایی کاشت حلزون شنوایی سرگیجه بیماری های شبکه از جمله خونریزی یا جداشدگی شبکه ناشنوایی گلوکوم کاتاراکت <b>فاقد بیماری</b></p>	<p>بیماری های استخوان و مفاصل</p> <p>آرتروز و سائیدگی مفاصل لوپوس شوگر دردهای عضلانی خشکی و درد مفاصل اسپوندیلیت آنکلیوزان انحراف ستون مهره ها روماتیسم مفصلی پوکی استخوان بیرون زدگی دیسک مهره ها سابقه شکستگی وجود پیچ و پلاک در بدن بدشکلی(انحراف) اندام ها درد کمر تنگی کانال نخاعی <b>فاقد بیماری</b></p>
<p>آیا از سیگار، مشروبات الکلی، مواد مخدر و یا محرک استفاده کرده یا می کنید؟ <b>بلی / خیر</b></p> <p>آیا از دارویی برای نوعی از بیماری به جز موارد پرسیده شده در این پرسشنامه استفاده کرده یا می کنید؟ <b>بلی / خیر</b></p> <p>به غیر از موارد مذکور در این پرسشنامه، آیا سابقه ابتلا به هر گونه بیماری دیگری را داشته یا دارید؟ <b>بلی / خیر</b></p>	<p>سابقه پیوند اعضای حیاتی بدن <b>بلی / خیر</b></p> <p>آیا سابقه بستری در بیمارستان یا آسایشگاه را دارید؟ <b>بلی / خیر</b></p> <p>آیا مورد عمل جراحی قرار گرفته اید؟ <b>بلی / خیر</b></p> <p>آیا دچار از کار افتادگی شده اید؟ <b>بلی / خیر</b></p>	<p>آیا باردار هستید؟ (ویژه بانوان) <b>بلی / خیر</b></p> <p>سابقه نازایی؟ <b>بلی / خیر</b></p> <p>سابقه تومور یا کانسر (سرطان)؟ <b>بلی / خیر</b></p> <p>آیا دچار نقص عضو شده اید؟ <b>بلی / خیر</b></p>

هرگونه اظهارات خلاف واقع یا کتمان حقایق علاوه بر عدم دریافت خسارت، موجب ابطال بیمه نامه بدون برگشت حق بیمه میگردد.