

| |
|-------------------|
| انتخاب طرح طرح |
|-------------------|

| | | | |
|-----------------------------|---------------|------------|------|
| اطلاعات بیمه گذار کد ملی | تاریخ تولد | موبایل | تلفن |
| استان | شهر محل سکونت | کد پستی | |
| آدرس | | | |
| شعبه ارائه خدمت | | شماره شبنا | |

| | | | |
|------------|--|--|-------------------------|
| | | | بیمه شده ها بیمه شده |
| تاریخ تولد | کد ملی | نسبت با بیمه شده اصلی | |
| | بیمه گر پایه وزن شما چند کیلوگرم است؟ | آیا بیمه شده متاهل است؟ قد شما چند سانتی متر است؟ | |
| بله | خیر | آیا تا به حال دچار بیماری یا جراحت شده اید که بیش از دو هفته قادر به انجام فعالیت های خود نباشد؟ | |
| بله | خیر | آیا تحت عمل جراحی قرار گرفته اید؟ | |
| بله | خیر | آیا ورزش حرفه ای انجام می دهید؟ | |
| بله | خیر | آیا سابقه بی اشتهایی و یا کاهش وزن بیش از 10 کیلوگرم طی یکسال گذشته داشته اید؟ | |
| بله | خیر | آیا از سیگار ، مشروبات الکلی و مواد مخدر استفاده کرده یا می کنید؟ دخانیات از شما خواسته شود که تحت آزمایش قرار بگیرید) | |
| بله | خیر | آیا در 5 سال گذشته سابقه ابتلا به یکی از بیماری های زیر را داشته اید؟ بیماری های خونی بیماری های گوارشی بیماری های حلق و بینی و چشم بیماری های استخوان و مفاصل بیماری های غدد داخلی بیماری های دندان | |
| بله | خیر | آیا تاکنون از ناراحتی در ناحیه کمر یا گردن یا مشکلات مفصلی رنج برده اید یا به آن دچار شده اید؟ | |
| بله | خیر | آیا در حال حاضر به یکی از اختلالات زیر مبتلا هستید یا قبلاً به آن مبتلا بوده اید؟ بیماری های پوستی ضعف بینایی بیشتر از 3 دیوپتر بیماری های کلیه و مجاری ادراری | |
| بله | خیر | آیا در یک سال آینده، نیاز به هرگونه عمل جراحی تشخیص داده شده توسط پزشک دارید؟ | |
| بله | خیر | آیا نیاز به هرگونه درمان خاص که در حال حاضر پزشک تشخیص داده است، دارید؟ | |
| بله | خیر | آیا سابقه نازایی دارید؟ (ویژه بانوان) | |
| بله | خیر | آیا از دارویی برای بیماری ای به مدت طولانی استفاده کرده یا می کنید؟ | |

| | | |
|-----|-----|---|
| بله | خیر | آیا سابقه بستری در بیمارستان یا آسایشگاه را داشته‌اید؟ |
| بله | خیر | آیا سابقه پیوند اعضا بدن یا برداشتن عضو داشته‌اید؟ |
| بله | خیر | آیا در حال حاضر به یکی از بیماری‌های زیر مبتلا هستید یا قبلاً به آن مبتلا بوده‌اید؟ بیماری‌های قلب و عروق شامل 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، قرار دادن استنت در عروق، جراحی پیوند آئورت، کاردیومیوپاتی، بیماری‌های مادرزادی قلب |
| بله | خیر | بیماری‌های اعصاب شامل صرع، تشنج، سابقه سکته مغزی، حمله ایسکمیک گذرای مغزی، MS (مولتیپل اسکلروز)، بیماری‌های بی‌حسی و فلجی، آلزایمر، آنوریسم مغزی، فراموشی، بیماری پارکینسون، ALS، تومور مغزی، کما، معلولیت ذهنی با ضریب هوشی زیر 50 |
| بله | خیر | سابقه بیماری‌های زنان شامل کیست تخمدان، فیبروم رحم، PCO، یائسگی، خونریزی‌های غیرمعمول، سقط جنین |
| بله | خیر | بیماری‌های دستگاه تنفسی شامل سل ریوی، برونشیت مزمن، سرطان ریه، فیبروز ریه، نارسایی شدید تنفسی، آسم، انحراف بینی، سینوزیت مزمن |
| بله | خیر | آیا کسی از بستگان درجه یک شما به سل، سرطان، بیماری قلبی، فشارخون، مرض قند، نارسایی کلیه، سکته مغزی، بیماری‌های مادرزادی یا بیماری روحی و عصبی یا هر بیماری و اختلال بالقوه ارثی دیگری مبتلا بوده یا می‌باشد؟ |
| بله | خیر | آیا تا به حال آزمایشات مربوط به HIV / AIDS ، هپاتیت B یا C مثبت داشته‌اید؟ |
| بله | خیر | آیا سابقه بیماری‌های اعصاب و روان که نیاز به درمان در بیمارستان یا ارجاع به روانپزشک دارد شامل اسکیزوفرنی، اختلال خلق دو قطبی، افسردگی شدید، اضطراب و اقدام به خودکشی را داشته‌اید؟ |
| بله | خیر | آیا سابقه تومور یا کانسر (سرطان) دارید؟ |
| بله | خیر | آیا باردار می‌باشید یا سابقه سقط در شش ماه اخیر و یا جراحی پستان به دلایل غیر سرطان طی یک سال اخیر و یا کارگذاری پروتز در پستان داشته‌اید؟ (ویژه بانوان) |
| بله | خیر | آیا سابقه هر گونه درد، توده یا ترشح از پستان‌ها را دارید؟ (ویژه بانوان) |
| بله | خیر | به غیر از موارد مذکور در این پرسشنامه، آیا سابقه ابتلا به هر گونه بیماری دیگری را داشته‌اید؟ |

امضاء و تاریخ

اینجانب در کمال سلامت عقل به کلیه سوالات پرسشنامه پاسخ داده‌ام.