

نام و نام خانوادگی بیمه‌گذار: / / تاریخ تکمیل: / / مدت اعتبار پرشنامه یک‌ماه از تاریخ تکمیل می‌باشد.

مشخصات متقاضی پوشش بیمه‌ای (اطلاعات بیمه‌شده)

نام و نام خانوادگی بیمه‌شده: نام پدر: جنسیت: زن مرد تاریخ تولد: / /
 شماره شناسنامه: محل تولد: محل صدور: کد ملی:
 وضعیت ناهل: مجرد متأهل تابعیت: فوق دیپلم لیسانس فوق لیسانس دکتری
 میزان تحصیلات: دیپلم لایز دیپلم فوق دیپلم لیسانس فوق لیسانس دکتری
 نشانی: منطقه شهرداری (در صورتی که بیمه‌گذار 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 بی‌پاسخ وجود داشته باشد به منزله عدم وجود بیماری تلقی می‌گردد.)**

- وزن: کیلوگرم قد: سانتیمتر
- آیا به ناراحتی یا بیماری‌های زیر مبتلا بوده یا می‌باشید؟
 در صورت مثبت بودن پاسخ هر یک از موارد زیر، تاریخ بروز و مدت زمان بیماری و عوارض به‌جا مانده را بنویسید.
- ۱- بیماری‌های دستگاه تنفسی: سل ریوی برونشیت مزمن سرطان ریه فیروز ریه نارسایی شدید تنفسی آسم
 فاقد بیماری سایر:
- ۲- بیماری‌های قلب و عروق: فشار خون بالا سکنه قلبی حمله قلبی سابقه جراحی قلب باز تنگی یا نارسایی درجه قلبی آریتمی قلبی
 پیس میکر دائم قلبی سابقه آتریو پلاستی کولر کاتسبون آئورت فرار دادن 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 انتهایی روده (کرون و کولیت اولسرو) پولیپوز فامیلیال
 خونریزی‌های 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: (سرع) تشنج سابقه سکنه مغزی حمله‌گذاری مغزی MS (مولتیپل اسکلروز) بیماری‌های بی‌حسی و فلجی
 آلزایمر آپوریمس مغزی فراموشی بیماری پارکینسون ALS تومور مغزی کما معلولیت ذهنی یا ضریب هوشی زیر ۵۰
 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: آرتریت روماتوئید لوپوس شوگرن خشکی درد مفاصل دردهای عضلانی اسپوندیلیت آنکلیوزان
 فاقد بیماری بدشکلی (انحراف) اندام‌ها نام عضو: سایر:
- ۹- بیماری‌های پوستی: بیماری پecht پمفیگوس ایکتیوز پوستی خال‌های بزرگ یا درحال رشد خال‌های تغییر رنگ‌یافته زخم طول کشیده
 توده جلدی سوختگی درجه ۳ سارکوئیدوز پسوریازیس عارضه دار مقاوم به درمان خونریزی‌های زیر پوستی فاقد بیماری
 سایر:
- ۱۰- بیماری‌های گوش و حلق و بینی و چشم: کاهش شنوایی خونریزی‌های بینی کاهش بینایی نابینایی کاشت حطرزن شنوایی
 سرگیجه خونریزی یا جاشدگی شبکه 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 هیپریپاراتیروئیدی 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:

تذکره: در صورتی که بیمه‌شده به سن قانونی نرسیده باشد، نام بیمه‌شده می‌بایست ذکر شده و ولی لایم قانونی بیمه‌شده امضاء نماید.
 تاریخ امضاء: بیمه‌دهنده/ولی بیمه‌شده/بیم‌گذار

- 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 فاند 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 غیرمعمول سقط جنین فاند 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، سرطانی، بیماری قلبی، فشار خون، مرض قند، نارسایی کلیه، سنگه مغزی، بیماری مادرزادی یا بیماری روحی و عصبی مبتلا بوده یا می‌باشند، بلی خیر نسبت و نام بیماری:
- ۲۵- آیا حامله می‌باشید؟ (در صورت مثبت بودن)، بلی خیر ۲۶- نیاز به هر گونه عمل جراحی تشخیص داده شده توسط پزشک در یک سال آینده دارید؟ بلی خیر نوع عمل:
- ۲۷- نیاز به هر گونه درمان خاصی 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 هر گونه 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 دادم 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.

تذکره: در صورتی که بیمه‌شده به سن قانونی نرسیده باشد، نام بیمه‌شده می‌بایست ذکر شده و ولی اقیم قانونی بیمه‌شده امضاء نماید. بیمه‌شده بولی بیمه‌شده، ولیم قانونی بیمه‌شده تاریخ امضاء:

این قسمت توسط پزشک معتمد بیمه‌گر تکمیل خواهد شد.

- صدور بیمه نامه نیاز به معاینه: دارد ندارد
- صدور 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:

یلامانع است به صلاح بیمه گر نمی‌باشد نیاز به بررسی دارد

توضیحات:

مهر و امضاء و تاریخ

