

بیمه‌گذار محترم، خواهشمند است در کمال دقت و صداقت به کلیه پرسش‌های این پیشنهاد جواب داده و هیچ سوالی را بدون پاسخ نگذارید، زیرا صحت و کامل بودن پاسخ‌ها شرط اصلی معتبر بودن قرارداد بیمه می‌باشد که بر اساس این پیشنهاد صادر می‌گردد.

مشخصات کلی بیمه‌گذار

نام خانوادگی: _____ نام: _____
تاریخ تولد: / / _____ کد ملی: _____
شماره شناسنامه: _____ جنسیت: زن مرد
نشانی: _____
کد پستی: _____ شماره موبایل: _____
روش پرداخت حق بیمه: نقدی اقساط
شماره شبدا: IR _____

مشخصات افراد تحت تکفل

تعداد کل افراد تحت تکفل: _____ نفر
تذکر: منظور از افراد تحت تکفل همسر (همسران) دائمی، فرزندان بیمه‌شده اصلی و سایر افرادی است که قانوناً تحت تکفل بیمه‌شده اصلی (با ارائه مستندات قانونی) قرار دارند.
مشخصات افراد تحت تکفل:

نام و نام خانوادگی	شماره شناسنامه	تاریخ تولد	کد ملی	نسبت	جنسیت

❖ در صورتی که تعداد افراد تحت تکفل بیش تر از جدول فوق می‌باشد، لطفاً اطلاعات آنها را مطابق با فیلدهای جدول در پشت صفحه پرسشنامه قید کرده و امضاء نمایند.

وضعیت بیمه‌گر پایه: ندارم تامین اجتماعی خدمات درمانی نیروهای مسلح سایر
طرح انتخابی: _____

سوابق بیمه ای

- آیا تاکنون بیمه نامه درمان تکمیلی نزد شرکت‌های بیمه‌گر داشته اید؟ (از تاریخ انقضاء آن بیش از یک ماه نگذشته باشد) بله خیر نام بیمه‌گر قبلی: _____
در صورت مثبت بودن پاسخ، میزان خسارت دریافتی از بیمه‌نامه قبلی به چه میزان و بابت چه موردی بوده است؟
آیا هم اکنون بیمه‌نامه عمر و تشکیل سرمایه نزد بیمه سامان دارید؟ بلی خیر
در صورتی که پاسخ مثبت است، مشخصات بیمه‌نامه خود را ذکر فرمایید:
تاریخ شروع بیمه‌نامه: / / _____ کد بیمه‌گذار: _____ شماره بیمه‌نامه: _____
در صورتی که پاسخ منفی است، آیا بطور همزمان مایل به دریافت بیمه‌نامه عمر و تشکیل سرمایه می‌باشید؟ بلی خیر
سایر پوشش‌های بیمه‌ای که نزد بیمه سامان دارید را ذکر فرمایید:
رشته: _____ کد بیمه‌گذار: _____ شماره بیمه‌نامه: _____
- توجه 1:** مصادیق دوره انتظار این بیمه‌نامه عبارت است از:
- 9 ماه دوران انتظار برای زایمان (طبیعی و سزارین)، نازایی و نابروری شامل اعمال جراحی مرتبط، GIFT, ZIFT, IUI, میکرواینجکشن و IVF.
 - 3 ماه دوران انتظار برای بیماری‌های مزمن از قبیل فتق، کاتاراکت، استرابیسم، رفع عیوب انکساری چشم، جراحی لوزه، جراحی آنژیوپلاستی قلب، جراحی قلب باز، بیماری‌های مزمن کلیوی، جراحی دیسک ستون فقرات، درمان واریس و ...
- در این موارد امکان حذف دوران انتظار وجود دارد:
1. در صورت تمدید بیمه‌نامه درمان تکمیلی سامان اعم از گروهی یا خانواده (با فاصله حداکثر یک ماه بعد از انقضای بیمه‌نامه قبلی) برای بیمه‌شدگان حقیقی
 2. در صورت ارائه آخرین لیست تاییدشده توسط بیمه‌گر سال قبل (ممه‌ور به مهر شعبه و مشروط به آنکه بیش از یکماه از بیمه‌نامه منقضی سپری نشده باشد) برای گروه‌های کوچک و متوسط (SME)، صرفاً برای افراد نامبرده در لیست.
- توجه 2:** در این بیمه‌نامه امکان حذف بیمه شده تنها در صورت فوت یا طلاق بیمه‌شده وجود دارد. همچنین اضافه شدن بیمه‌شده شامل ازدواج (حداکثر تا یک ماه) و تولد (حداکثر دو ماه) می‌باشد.
- توجه 3:** کلیه اعمال زیبایی مربوط به چاقی مانند اسلیو معده، بای پس معده و ... همچنین تعویض مفصل زانو جزء استثنائات این بیمه‌نامه می‌باشند.
- توجه 4:** امکان صدور بیمه‌نامه برای متقاضیانی که دارای BMI (شاخص توده بدنی) بالای 40 هستند، وجود ندارد.
- توجه 5:** مهلت تحویل مدارک بیمارستانی و پاراکلینیکی جهت تسویه هزینه‌های انجام شده حداکثر چهار ماه تمام از تاریخ تنظیم صورتحساب می‌باشد.
- توجه 6:** صدور بیمه‌نامه پس از تایید کارشناس یا پزشک معتمد امکان‌پذیر خواهد بود.
- توجه 7:** هزینه‌های مربوط به ناهنجاری جنین (غربالگری) صرفاً در طرح‌های دارای این پوشش قابل پرداخت می‌باشد.
- توجه 8:** منظور از مستندات قانونی برای افراد تحت تکفل اصل و کپی صفحات اول و دوم شناسنامه و دفترچه بیمه‌گر پایه (در صورت وجود) (یا تأییدیه از سایت تأمین اجتماعی) کلیه بیمه‌شدگان است.

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 آنژیو پلاستی 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 آنکلیوزان
 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، اپتومتر 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