

نام و نام خانوادگی بیمه‌گذار: ..... تاریخ تکمیل: ..... / / (مدت اعتبار پرسشنامه یکماه از تاریخ تکمیل می‌باشد)

## مشخصات متقاضی پوشش بیمه‌ای (اطلاعات بیمه‌شده)

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

لطفاً موارد پیشکی زیر را به دقت مطالعه و همه موارد را تکمیل فرمایید.

● وزن: ..... کیلو گرم ● 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 نویسید.

۱- بیماری‌های دستگاه تنفسی: سل ریوی  فاقد سیار  ساب

۲- بیماری‌های قلب و عروق: فشار خون بالا □ سکته قلبی □ حمله قلبی □ سابقه جراحی قلب باز □ تنگی یا نارسایی دریچه قلبی □ آریتمی قلبی □ پیس میکر دائم قلبی □ سابقه آنژیو پلاستی □ کوارکتاسیون آئورت □ قراردادن استنت در عروق □ جراحی پیوند آئورت □ کاردیومیوپاتی □ فاقد بیماری □ سایر: .....

۳- بیماری‌های خونی : لنفوم □ لوسومی □ هموفیلی □ اختلال انعقاد خون □ غده لنفاوی بزرگ شده □  
 نقص اینمنی مادرزادی □ آنمی آپلاستیک □ تالاسومی □ فاقد بیماری □ سایر: .....

۴- بیماری‌های گوارشی : سیروز کبدی □ هپاتیت مزمن □ بیماری‌های التهابی روده (کرون و کولیت اولسرو) □ پولیپوز فامیلیال □  
 خونریزی‌های گوارشی □ تهوع و استفراغ مکرر □ زردی □ دردھای مزمن شکمی □ نارسائی‌های 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 : (صرع) تشنج □ سابقه سکته مغزی □ حمله گذاری مغزی □ MS (مولتیپل اسکلروز) □ بیماری‌های بی‌حسی و فلنجی □ آلزایمر □ آنوریسم مغزی □ فراموشی □ بیماری پارکینسون □ ALS □ تومور مغزی □ کما □ معلولیت ذهنی با ضریب هوشی زیر ۵۰ □ فاقد بیماری □ سایر: .....

۷- بیماری‌های کلیه و مجاری ادرار: نارسایی مزمن کلیه □  
فاقد بیماری، □ ساد: □

۸- بیماری‌های استخوان و مفاصل: آرتربیت روماتوئید □ لوبوس □ خشکی و درد مفاصل □ دردهای عضلانی □ اسپوندیلیت آنکلیوزان □

۹- بیماری‌های پوستی: بیماری بهجت □ پمیگوں □ ایکتیوزپوستی □ خال‌های بزرگ یاد رحال رشد □ خال‌های تغییرنگ یافته □ زخم طول کشیده □ توده جلدی □ سوختنگی درجه ۳ □ سارکوئیدوز □ پسوریازیس عارضه دار مقاوم به درمان □ خونریزی‌های زیرپوستی □ فاقد بیماری □ سامان:.....

۱۰- بیماری‌های گوش و حلق و بینی و چشم: کاهش شنوایی  کاهش بینایی  نایینایی  خونریزی‌های بینی  کاشت حلزون شنوازی  سارس  خمزه‌زدی  راجا اشاگ شکره  فاقد بینایی  سارس

در صورت کاهش بینایی، اپتومتری جدید و در صورت کاهش شنوایی، تست شنوایی سنجی جدید ضمیمه گردد.

فاقد بیماری  سایر: .....

۱۳- ساقه تومور یا کانسر (سرطان): بله  خیر  نام محل تومور یا سرطان: مدت بروز:

- ۱۴- سابقه پیوند اعضاء بدن:  خیر  بله
- ۱۵- بیماری‌های دهان و دندان:  دندان پوسیده  دندان
- ساير: .....  
.....
- ۱۶- سابقه نازایی و یا ناباروری (در بازه سنی ۱۵ تا ۵۵ سال برای هر دو جنسیت پاسخ داده شود):  بله  خیر  
درصورت پاسخ مثبت، اقدامات درمانی ذکر شود: .....  
.....
- ۱۷- سابقه بیماری‌های زنان: کیست تخدمان  فیبروم رحم  PCO  یائسگی  خونریزی‌های غیرمعمول  سقط جنین  فاقد بیماری سایر: .....  
.....
- ۱۸- آیا سابقه بستری در بیمارستان یا آسایشگاه را دارید:  خیر  درصورت پاسخ مثبت علت بستری ذکر شود: .....  
.....
- ۱۹- آیا مورد عمل جراحی قرار گرفته‌اید:  خیر  عمل، زمان و نتیجه آن: .....  
.....
- ۲۰- آیا دچار نقص عضو شده‌اید:  خیر  در چه ناحیه‌ای: .....  
.....
- ۲۱- آیا دچار از کار افتادگی شده‌اید:  خیر  به چه میزان: .....  
.....
- ۲۲- آیا از سیگار استفاده کرده یا می‌کنید:  خیر  در صورت ترک، مدت زمان آن: .....  
.....
- ۲۳- آیا از دارویی برای بیماری‌ای به مدت طولانی استفاده کرده یا می‌کنید:  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، سکته مغزی، بیماری مادرزادی یا بیماری روحی و عصبی مبتلا بوده یا می‌باشد:  خیر  نسبت و نام بیماری: .....  
.....
- ۲۵- آیا حامله می‌باشید؟ (در صورت مونث بودن):  خیر  .....  
.....
- ۲۶- نیاز به هرگونه عمل جراحی تشخیص داده شده توسط پزشک در یک سال آینده دارید؟  خیر  نوع عمل: .....  
.....
- ۲۷- نیاز به هرگونه درمان خاص که در حال حاضر پزشک تشخیص داده است؟  خیر  نوع درمان: .....  
.....
- ۲۸- به غیر از موارد مذکور در این پرسشنامه، آیا سابقه ابتدا به هرگونه بیماری دیگری را داشته‌اید؟  خیر  در صورت پاسخ مثبت لطفاً موارد را ذکر نمایید: .....  
.....

### اطلاعات تكميلی متقاضی پوشش بيمه‌اي

- آیا دارای فرزند می‌باشید؟  بله  خیر در صورت داشتن تعداد آنها را ذکر نمایید: .....  
.....
- آیا ورزش حرفه‌ای انجام می‌دهید؟  بله  خیر نوع ورزش: .....  
..... میزان اشتغال: .....  
.....
- آیا بیمه عمر دارید؟  بله  خیر در صورت داشتن بیمه عمر نام شرکت بیمه‌ای را ذکر کنید: .....  
.....

اعلام و تعهد می‌نمایم به کلیه سوالات در کمال صداقت پاسخ داده‌ام و هیچ موضوعی را کتمان نکرده‌ام و در صورتی که خلاف آن ثابت شود حق هرگونه ادعا و نیز استفاده از مزایای این قرارداد از اینجانب اذیت خواهد گردید.

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

این قسمت توسط پزشک معتمد بیمه گر 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  سرمايه بیمه  
شرح: .....  
.....

با توجه به بررسی پرسشنامه سلامت ..... آزمایشات انجام شده ..... صدور بیمه نامه: .....  
بلامانع است  به صلاح بیمه گر نمی‌باشد  نیاز به بررسی دارد   
توضیحات: .....  
.....

مهر و امضاء و تاریخ