

شماره سریال: کد شناسه:

کد فرم: PIF004 / تجدید نظر: 05 / صفحه: ۱ از ۲

نام و نام خانوادگی بیمه‌گذار: تاریخ تکمیل: / / (مدت اعتبار پرستشنامه 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 تاهل: مجرد متاهل تابعیت:
 میزان تحصیلات: دیپلم/زیر دیپلم فوق دیپلم/لیسانس فوق لیسانس دکتری
 نشانی: منطقه شهرداری (در صورتیکه بیمه‌گذار ساکن تهران است):
 تلفن ثابت: تلفن همراه: ایمیل:

لطفا موارد پزشکی زیر را به دقت مطالعه و همه موارد را تکمیل فرمایید.

- وزن: کیلوگرم • قد: سانتیمتر
- آیا به ناراحتی یا بیماری‌های زیرمبتلا 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 ربوی برونشیت مزمن سرطان ریه فیبروز 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 آنژیوپلاستی کوارکناسیون آنورت قراردادن استنت در عروق جراحی پیوند آنورت 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 التهابی 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، (صرع) تشنج سابقه سکنه مغزی حمله‌گذاری مغزی MS (مولتیپل اسکلروز) بیماری‌های بی‌حسی و فلجی 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 مجاری ادراری مشکلات پروستات خون در ادرار سنگ کلیه فاقد بیماری سایر:
- ۸- بیماری‌های استخوان و مفاصل: آرتریت روماتوئید لوپوس شوگرن خشکی و درد مفاصل دردهای عضلانی اسپوندیلیت آنکلیوزان فاقد بیماری بدشکلی (انحراف) اندام‌ها نام عضو: سایر:
- ۹- بیماری‌های پوستی: بیماری بهجت پمفیگوس ایکتیوز پوستی خال‌های بزرگ یادرحال رشد خال‌های تغییررنگ یافته زخم طول کشیده توده جلدی سوختگی درجه ۳ سارکوئیدوز پسوریازیس عارضه دار مقاوم به درمان خونریزی‌های زیرپوستی فاقد بیماری سایر:
- ۱۰- بیماری‌های گوش و حلق و بینی و چشم: کاهش شنوایی خونریزی‌های بینی کاهش بینایی نابینایی کاشت حلزون شنوایی سرگیجه خونریزی یا جداشدگی شبکیه فاقد بیماری سایر:
 در صورت کاهش بینایی، اپتومتری جدید و در صورت کاهش شنوایی، تست شنوایی ستجی جدید ضمیمه گردد.
- ۱۱- بیماری‌های غدد داخلی: دیابت هیپرتیروئیدی 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:

کد فرم: PIF004
تجدید نظر: 05
صفحه: ۲ از ۲

شماره سریال:
کد شناسه:

- 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: 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، مشروبات الکلی و مواد مخدر استفاده کرده یا می‌کنید: بلی خیر در صورت ترک، مدت زمان آن: نوع اعتیاد: 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، سکتته مغزی، بیماری مادرزادی یا بیماری روحی و عصبی مبتلا بوده یا می‌باشند: بلی خیر نسبت و نام بیماری:
- ۲۵- آیا حامله می‌باشید؟ (در صورت موث 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 داشته اید؟ 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.

تاریخ امضاء
بیمه‌شده/ولی بیمه‌شده/قیم قانونی بیمه‌شده

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

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:

بلامانع است به صلاح بیمه‌گر نمی‌باشد نیاز به بررسی دارد

توضیحات:

مهر و امضاء و تاریخ

