

## پرسش نامه سلامتی بیمه نامه درمان (خانواده)

مشخصات بیمه گزار		نام بیمه گزار:	کد ملی/شناسه ملی:	تلفن:	نماینده کارگزار:
مشخصات بیمه شده		نام و نام خانوادگی:	کد ملی:	نام پدر:	وضعیت تاهل:
		تاریخ تولد: روز ماه سال	شماره شناسنامه:	محل صدور:	جنسیت:
		نشانی منزل، کدپستی و تلفن:	شماره همراه:	کد اقتصادی:	کد نماینده:
		نشانی محل کار، کدپستی و تلفن:			
		<p><b>✓ بسیار مهم:</b></p> <p>چنانچه پاسخ هر یک از سوالات بیماری ها بله می باشد، لطفاً اعلام فرمایید که:</p> <p>آیا سابقه بستری و عمل جراحی قبلی جهت درمان آن بیماری را داشته اید؟ <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/> بله</p> <p>آیا در آینده نزدیک (سه ماه آینده) جهت درمان یا جراحی بیمار مذکور در بیمارستان بستری خواهید شد؟ <input type="radio"/> بله <input type="radio"/> خیر</p>			
		<p><b>در صورتیکه پاسخ (بله) بود، نوع بیماری و مدت زمان ابتلا و داروی مصرفی خود را ذکر کنید</b></p>			
<input type="radio"/> خیر	<input type="radio"/> بله	۱- آیا بیمه شده سابقه بیماریهای دستگاه تنفسی به مدت طولانی، تنگی نفس، آسم، خلط خونی یا چرکی و ... را دارا می باشد؟			
<input type="radio"/> خیر	<input type="radio"/> بله	۲- آیا بیمه شده بیماری قلب و عروق به خصوص فشار خون، درد قفسه سینه، سکت قلبی، تنگی نفس با فعالیت، واریس، تپش قلب و ..... را دارا میباشد؟			
<input type="radio"/> خیر	<input type="radio"/> بله	۳- آیا بیمه شده سابقه بیماری خونی شامل کم خونی، خونریزی بدون علت و طولانی از هر قسمت بدن، اختلالات انعقادی، سابقه تزریق خون، تالاسمی و ... را دارا می باشد؟			
<input type="radio"/> خیر	<input type="radio"/> بله	۴- آیا بیمه شده دارای سابقه بیماریهای گوارشی شامل بیماری های معده، روده، پولیپ، خونریزی گوارشی، کبد، زردی (یرقان)، دردهای طولانی مدت شکمی، تهوع، استفراغ به مدت طولانی، بیماری های لوزالمعده (پانکراس) را دارا می باشد؟			
<input type="radio"/> خیر	<input type="radio"/> بله	۵- آیا بیمه شده دارای بیماری های کلیه و مجرای ادرار مانند: مشکلات پروستات، دیدن خون در ادرار، سوزش ادرار، مشکل در ادرار، سنگ کلیه و ..... را دارا می باشد؟			
<input type="radio"/> خیر	<input type="radio"/> بله	۶- آیا بیمه شده سابقه بیماریهای داخلی اعصاب مانند تشنج، سکت مغزی، مشکلات حرکتی، معلولیت ذهنی، فراموشی و ..... را دارا می باشد؟			
<input type="radio"/> خیر	<input type="radio"/> بله	۷- آیا بیمه شده سابقه بیماری های اعصاب و روان مانند اضطراب، تشویش، افسردگی، وسواس، سابقه خودکشی و ..... را دارا می باشد؟			
<input type="radio"/> خیر	<input type="radio"/> بله	۸- آیا بیمه شده سابقه بیمار های پوستی، خونریزی یا خونمردگی زیر پوستی، خال های بزرگ در حال رشد، خال های تغییر یافته، زخم طول کشیده یا بهبود نیافته، غده های پوستی یا زیر جلدی و ..... را دارا می باشد؟			
<input type="radio"/> خیر	<input type="radio"/> بله	۹- آیا بیمه شده سابقه بیماری های چشمی، کاتاراکت، خون مردگی یا کبودی دور چشم، ضربه به چشم، پارگی مویرگهای چشم، تاری دید، دوبینی، کاهش بینایی، انحراف چشم، ضعف چشم و ..... را دارا می باشد؟			
<input type="radio"/> خیر	<input type="radio"/> بله	۱۰- آیا بیمه شده سابقه بیماری های گوش، حلق و بینی، سرگیجه، خونریزی بینی، کاهش شنوایی (بتدریج یا ناگهانی) ترشحات چرکی یا خون از گوش، تغییر صدا و ..... را دارا می باشد؟			
<input type="radio"/> خیر	<input type="radio"/> بله	۱۱- آیا بیمه شده سابقه بیماری های غدد داخلی و تیروئید، دیابت، تغییر وزن، کاهش یا افزایش اشتها، تعریق فراوان، چربی خون بالا و ..... را دارا می باشد؟			
<input type="radio"/> خیر	<input type="radio"/> بله	۱۲- آیا بیمه شده سابقه بیماری های عفونی مانند سل، هپاتیت، حبسه، تب مالت، مالاریا، ایدز، کیست هیداتیک، سرخچه، سرخک، آبله مرغان و ..... را دارا می باشد؟			
<input type="radio"/> خیر	<input type="radio"/> بله	۱۳- آیا بیمه شده سابقه بیماری های استخوانی و مفاصل نظیر پوکی استخوان، آرتروز، مفاصل، بیرون زدگی دیسک ستون فقرات، بیماری های روماتیسمی، انحراف اندام ها، درد طولانی مدت (بیش از سه ماه) در مفاصل، عضلات یا ستون فقرات و ..... را دارا می باشد؟			

بله <input type="radio"/>	خیر <input type="radio"/>	۱۴- آیا بیمه شده سابقه نازائی و ناباروری را دارا می باشد ؟
بله <input type="radio"/>	خیر <input type="radio"/>	۱۵- آیا بیمه شده به بیماری یا عارضه دیگری مبتلا شده است ؟
بله <input type="radio"/>	خیر <input type="radio"/>	۱۶- آیا بیمه شده تاکنون به بیماری مبتلا شده است که به موجب آن به مدت طولانی دارو مصرف کرده باشد و یا تزریق انجام داده باشد ؟
بله <input type="radio"/>	خیر <input type="radio"/>	۱۷- آیا بیمه شده تاکنون سابقه بستری شدن در بیمارستان یا آسایشگاهی را دارد؟
بله <input type="radio"/>	خیر <input type="radio"/>	۱۸- آیا بیمه شده سابقه تصادف یا حادثه یا سقوط را دارد ؟
بله <input type="radio"/>	خیر <input type="radio"/>	۱۹- آیا بیمه شده سابقه عمل جراحی دارد ؟
بله <input type="radio"/>	خیر <input type="radio"/>	۲۰- آیا بیمه شده دارای سابقه بیماری ارثی ( فامیلی ) می باشد ؟ در صورت مثبت بودن توضیحات ارائه شود :
بله <input type="radio"/>	خیر <input type="radio"/>	۲۱- آیا بیمه شده در حال حاضر به علت بیماری و یا مورد خاص تحت مداوا و یا مشاوره پزشکی قرار گرفته است ؟
بله <input type="radio"/>	خیر <input type="radio"/>	۲۲- آیا در شش ماه گذشته کاهش وزن داشته اید؟ در صورتیکه پاسخ بله میباشد میزان وزن کاهش یافته کیلوگرم
<b>سوالات این قسمت صرفاً مربوط به بانوان محترم می باشد</b>		
۲۲- در حال حاضر در کدامیک از وضعیت های زیر می باشد؟ در دوران حاملگی <input type="radio"/> در دوران شیر دهی <input type="radio"/> در دوران یائسگی <input type="radio"/> در سن قاعدگی <input type="radio"/>		
بله <input type="radio"/>	خیر <input type="radio"/>	۲۳- آیا بیمه شده بیماری های خاص زنان نظیر خونریزی غیر طبیعی، فیبروم رحمی، کیست تخمدان، تنبلی تخمدان، لکه بینی و ترشحات و..... را دارا می باشد ؟
بله <input type="radio"/>	خیر <input type="radio"/>	۲۴- آیا بیمه شده درد یا توده پستان یا ترشح غیر طبیعی و عدم تقارن در ناحیه سینه و یا زیر بغل را دارا می باشد ؟
بله <input type="radio"/>	خیر <input type="radio"/>	۲۵- آیا بیمه شده دچار عوارض و بیماری های ناشی از حاملگی و زایمان نظیر فشار خون حاملگی یا مسمومیت حاملگی، سقط جنین، مول، عفونتها و خونریزی های بعد از زایمان و..... را داشته است ؟

وضعیت پزشکی بانوان

اینجانب بیمه شده..... تعهد می نمایم که به کلیه پرسشهای این فرم با صداقت کامل پاسخ داده و از آنجا که این پیشنهاد جزء لاینفک بیمه نامه درمان

می باشد، در صورت هر نوع اظهار خلاف واقع، بیمه گر می تواند نسبت به لغو بیمه نامه اقدام نماید .

امضای بیمه شده:	امضای بیمه گزار:	مهر و امضای نماینده یا کارگزار:
تاریخ:	تاریخ:	تاریخ:

نکته قابل توجه : جراحی های زیر در سال اول صدور بیمه نامه قابل پرداخت نمی باشد : ۱- کلیه جراحی های چشم مگر در صورت اورژانسی بودن ۲- جراحی تعویض مفصل (زانو- هیپ) ۳- جراحی ارتوپدی و ستون فقرات مگر در اثر حادثه ( تروما ) ۴- جراحی های چاقی (Bariatric) ۵- واریکوسل ۶- سپتوپلاستی ۷- جراحی های مربوط به پارگی صلیبی (ACL) و مینیسک (ALL)

نظر به پزشک معتمد بیمه گر	<p>صدور بیمه نامه از نظر وضعیت سلامتی متقاضی (بیمه شده) بلامانع می باشد <input type="radio"/></p> <p>صدور بیمه نامه از نظر وضعیت سلامتی متقاضی (بیمه شده) به صلاح نمی باشد <input type="radio"/></p> <p>توضیحات :</p>
	<p>محل مهر و امضاء پزشک</p> <p>تاریخ</p>