

[illegible]

توجه: مدار کی دارای اعتبار اجرایی هستند که مهر آبی "اعتبار دارد" داشته باشند.

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 صورتیکه بیمه گذار 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 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 ☐ فیروز 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 ☐ کوارکتاسیون 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 ☐ نارسائی 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: آرتریت روماتوئید ☐ لوپوس ☐ شوگرن ☐ خشکی و درد مفاصل ☐ دردهای عضلانی ☐ اسپوندیلیت آنکیلوزان ☐
فاقد بیماری ☐ بدشکلی (انحراف) اندام ها ☐ 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 جداشتگی شبکیه ☐ فاقد بیماری ☐ سایر:
در صورت کاهش بینایی، اپتومتری جدید و در صورت کاهش شنوایی، تست شنوایی سنجی جدید ضمیمه گردد.
- ۱۱- بیماری های غدد داخلی: دیابت ☐ هیپرپاراتیروئیدی ☐ 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:

- ۱۴- سابقه پیوند اعضاء بدن: بلی ☐ خیر ☐ نام عضو پیوندی: تاریخ پیوند:
- ۱۵- بیماری های دهان و دندان: دندان پوسیده ☐ درد دندان ☐ بیماری های 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 بیماری های زنان: کیست تخمدان ☐ فیبروم رحم ☐ PCO ☐ یائسگی ☐ خونریزی های 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 گرفته اید: بلی ☐ خیر ☐ عمل، زمان و نتیجه آن:
- ۲۰- آیا دچار نقص عضو شده اید: بلی ☐ خیر ☐ در چه ناحیه ای:
- ۲۱- آیا دچار از کار افتادگی شده اید: بلی ☐ خیر ☐ به چه میزان:
- ۲۲- آیا از سیگار استفاده کرده یا می کنید: بلی ☐ خیر ☐ در صورت ترک، مدت زمان آن: میزان مصرف و مدت آن:
- ۲۳- آیا از دارویی برای بیماری ای به مدت طولانی استفاده کرده یا می کنید: 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 می باشد: بلی ☐ خیر ☐ نسبت و نام بیماری:
- ۲۵- آیا حامله می باشید؟ (در صورت مونث بودن): بلی ☐ خیر ☐ 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 بیمه ای

- آیا دارای فرزند می باشید؟ بلی ☐ خیر ☐ در صورت داشتن تعداد آنها را ذکر نمایید:
- آیا ورزش حرفه ای انجام می دهید؟ بلی ☐ خیر ☐ نوع ورزش: میزان اشتغال:
- آیا بیمه عمر دارید؟ بلی ☐ خیر ☐ در صورت داشتن بیمه عمر نام شرکت بیمه ای را ذکر کنید:

اینجانب اعلام و تعهد می نمایم به کلیه سؤالات در کمال صداقت پاسخ داده ام و هیچ موضوعی را کتمان نکرده ام 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 بیمه شده به سن قانونی نرسیده باشد، نام بیمه شده می بایست ذکر شده و ولی/قیم قانونی بیمه شده امضاء نماید.
تاریخ امضاء
بیمه شده/ولی بیمه شده/قیم قانونی بیمه شده

این قسمت توسط پزشک معتمد بیمه گر تکمیل خواهد شد.

- صدور بیمه نامه نیاز به معاینه: دارد ☐ ندارد ☐
- صدور بیمه نامه نیاز به آزمایش های 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 بیمه گر نمی باشد ☐ نیاز به بررسی دارد ☐

توضیحات:

مهر و امضاء و تاریخ