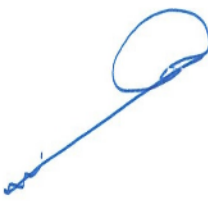


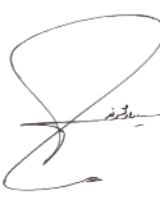



جهت ضمیمه :

شرح تغییرات	تاریخ	شماره تجدید نظر	شماره صفحه	کلیه
سوالات مربوط به "بیماری های دهان و دندان"، "بیماری های زنان"، "عمل جراحی" و "درمان خاص"(آبتم 23,24 و 28) به سوالات بخش موارد پزشکی اضافه گردید؛ انجام اصلاحات مربوط به طراحی سند و اضافه شدن فیلدی جهت تشریح "سایر موارد" به کلیه آبتم ها.	1393/06/16	04		کلیه - - - 1
اضافه شدن تاریخ تکمیل، اضافه شدن نام و نام خانوادگی بیمه شده، تغییر عنوان آبتم 8 از بیماری های روماتیسمی به بیماری های استخوان و مفاصل و اضافه شدن گزینه «بدشکلی (انحراف) اندام ها» و نام عضو به این آبتم، اضافه شدن فیلدهای نوع ورزش و میزان اشتغال به اطلاعات تکمیلی، اضافه شدن امضای ولی/ قیم قانونی بیمه شده و توضیحات مورد نیاز به قسمت امضای بیمه شده، اضافه شدن گزینه های بلی/ خیر به آبتم 23.	1397/10/20	05		کلیه - - - 1
ویرایش "سابقه نازایی" به "سابقه نازایی و یا ناباروری (در بازه سنی 15 تا 55 سال برای هر دو جنسیت پاسخ داده شود)" از مورد 16	1398/07/20	06		کلیه - - - 1
افزودن عبارت «در صورتی که سوال بی پاسخ وجود داشته باشد، به منزله عدم وجود بیماری تلقی می گردد، افزودن محل تاریخ و امضاء بیمه شده، ولی بیمه شده/ قیم قانونی بیمه شده»	1399/12/06	07	1	
اصلاحات باکس مشخصات متقاضی، حذف متوسط درآمد، منطقه شهرداری و کدپستی، اضافه شدن بیمه پایه به اطلاعات بیمه شده اضافه شدن گزینه های تنگی نفس، سرفه مزمن، بیماری انسداد ریه، ساراگونید و آینه خواب به بند1، گزینه های نارسایی مزمن قلبی، سابقه اختلالات مادرزادی قلبی، آمبولی به بند2، گزینه کم خونی به بند3، گزینه های ریفلاکس، خونریزی گوارشی، پولیب گوارشی، اسهال(بیوست کشیده)، زخم گوارشی، کبد چرب، سنگ(پولیب صفرا)، فتق به بند4، گزینه پانیک به بند5، گزینه دمانس به بند6، گزینه سابقه دیالیز به بند7، گزینه های آرترور، بوکی استخوان، سابقه شکستگی و دررفتگی، نفرس، دیسک، آسیب تاندون، وجود بیچ و پلاک به بند8، گزینه لیکن پلان به بند9، گزینه کم شنوایی، نیاز به سمعک، کری، عفونت مکرر، سینوزیت، مشکل لوزه به بند 10	1403/05/21	08		کلیه - - - 1

تصویب کننده	تایید کننده	تهیه کننده/بازنگری کننده
هادی رئیس زاده  1403/05/29	فرزاد فروغی  1403/05/24	مهدي فلاح  1403/05/24
	سینا رشوند  1403/05/23	جمیل صیدی مرادی  1403/05/23

نام و نام خانوادگی بیمه‌گزار: تاریخ تکمیل: / / (مدت اعتبار پرسشنامه 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: کد ملی:
 وضعیت تأهل: مجرد متأهل شغل: بیمه پایه: ایمیل:
 تلفن ثابت: تلفن همراه: نشانی:

لطفاً موارد پزشکی زیر را به دقت مطالعه و همه موارد را تکمیل فرمایید.
 (در صورتی که سوال بدون پاسخ وجود داشته باشد، به منزله عدم وجود بیماری تلقی می‌گردد.)

وزن: کیلوگرم • قد: سانتیمتر

• آیا به بیماری‌های زیر مبتلا بوده یا می‌باشید؟

- ۱- بیماری‌های دستگاه تنفسی: تنگی نفس سرفه مزمن برونشیت مزمن سل ریوی سرطان ریه فیبروز ریه آسم
 نارسای شدید تنفسی بیماری‌های انسداد ریه سارکوئیدوز آپنه خواب فاقد بیماری سایر:
- ۲- بیماری‌های قلب و عروق: فشار خون بالا سکت قلبی حمله قلبی سابقه جراحی قلب باز تنگی یا نارسای درجه قلبی آریتمی قلبی
 پیس‌میکر قلبی سابقه آنژیوگرافی سابقه آنژیوپلاستی قراردادن استنت در عروق کوارکتاسیون آئورت کاردیومیوپاتی
 آمبولی نارسای مزمن قلبی سابقه اختلالات مادرزادی قلبی فاقد بیماری سایر:
- ۳- بیماری‌های خونی: کم‌خونی لنفوم لوسمی هموفیلی اختلال انعقاد خون سابقه تزریق خون تالاسمی
 غده لنفاوی بزرگ‌شده نقص ایمنی مادرزادی فاقد بیماری سایر:
- ۴- بیماری‌های گوارشی: ریفلکس خونریزی‌های گوارشی سیروز کبدی هپاتیت واریس مری پولیپ گوارشی زردی
 بیماری‌های التهابی روده (کرون و کولیت اولسرو) تهوع و استفراغ مکرر اسهال یا یبوست طول کشیده دردهای مزمن شکمی پانکراتیت
 زخم گوارشی کبد چرب سنگ یا پولیپ کیسه صفرا فتق فاقد بیماری سایر:
- ۵- بیماری‌های اعصاب و روان: اسکیزوفرنی اختلال خلق دو قطبی افسردگی اضطراب سابقه حملات اضطرابی (پانیک)
 اقدام به خودکشی فاقد بیماری سایر:
- ۶- بیماری‌های مغز و اعصاب: تشنج (صرع) سابقه سکت مغزی حمله‌گذاری مغزی MS (مولتیپل اسکلروز) معلولیت ذهنی
 بیماری‌های بی‌حسی و فلجی آلزایمر آنوریسم مغزی فراموشی بیماری پارکینسون ALS تومور مغزی کما
 اختلال شناختی (دمانس) فاقد بیماری سایر:
- ۷- بیماری‌های کلیه و مجاری ادرار: نارسای کلیه مشکلات مجاری ادراری خون در ادرار سنگ کلیه و مجاری ادراری
 سابقه دیالیز فاقد بیماری سایر:
- ۸- بیماری‌های استخوان و مفاصل: آرتروز پوکی استخوان آرتريت روماتوئید لوپوس شوگرن خشکی و درد مفاصل دردهای عضلانی
 سابقه شکستگی و دررفتگی اندام نقرس انحراف ستون مهره‌ای دیسک ستون مهره‌ای آسیب تاندون‌ها وجود پیچ و پلاک
 بدشکلی (انحراف اندام‌ها و انگشتان) فاقد بیماری سایر:
- ۹- بیماری‌های پوستی: بیماری بهجت پمفیگوس ایکتوزیوس خال‌های بزرگ یا در حال رشد خال‌های تغییر رنگ یافته زخم طول کشیده
 توده جلدی سوختگی درجه ۳ پسوریازیس خونریزی‌های زیر پوستی لیکن پلان فاقد بیماری سایر:
- ۱۰- بیماری‌های گوش، حلق و بینی: کم‌شنوایی نیاز به سمعک ناشنوایی عفونت مکرر گوش سینوزیت مشکلات لوزه فاقد بیماری
 سایر: در صورت کاهش شنوایی، تست شنوایی سنجی جدید ضمیمه گردد.
- ۱۱- بیماری چشم: اختلال بینایی نیاز به عینک یا لنز طبی نابینایی آب‌مروارید آب‌سیاه انحراف چشم قوزقرنیه آسیب‌های چشم
 فاقد بیماری سایر: در صورت کاهش بینایی، اپتومتری جدید ضمیمه گردد.
- ۱۲- بیماری‌های غدد داخلی: دیابت اختلال تیروئید کاهش یا افزایش اشتها چربی خون بالا دیابت وابسته به انسولین
 ندول و کیست تیروئید اختلال رشد اختلال فوق کلیه پرولاکتین بالا فاقد بیماری سایر:
- ۱۳- سابقه بیماری‌های عروق محیطی: واریس واسکولیت‌ها ترومبوز وریدهای عمقی (DVT) فاقد بیماری سایر:
- ۱۴- سابقه بیماری‌های عفونی: سل هپاتیت مالاریا ایدز کیست هیداتیک کروناوی شدید HPV EPV
 عفونت تناسلی فاقد بیماری سایر:

۱۵- سابقه توده، تومور یا کانسر (سرطان): بلی خیر در صورت پاسخ مثبت، نوع تومور یا توده یا کانسر (سرطان) مشخص گردد:

خوش خیم بدخیم نام محل تومور یا سرطان: مدت بروز:

۱۶- سابقه بیماری‌های خودایمنی: بلی خیر توضیح:

۱۷- سابقه پیوند اعضا بدن: بلی خیر نام عضو پیوندی: تاریخ پیوند:

۱۸- سابقه نازایی و یا ناباروری (در بازه سنی ۱۵ تا ۵۵ سال برای هر دو جنسیت پاسخ دهید): بلی خیر
در صورت پاسخ مثبت، اقدامات درمانی ذکر شود:

۱۹- سابقه بیماری‌های زنان: کیست تخمدان فیبروم یا میوم رحم PCO خونریزی‌های غیر معمول آندومتریوز
سقط جنین (تعداد دفعات ذکر شود): کیست و توده پستان فاقد بیماری سایر:

۲۰- سابقه بیماری‌های مردان: اختلالات پروستات واریکوسل هیدروسل هایپوسپادیازیس ژنیکوماستی فاقد بیماری سایر:

۲۱- آیا سابقه بستری در بیمارستان یا آسایشگاه را دارید: بلی خیر در صورت پاسخ مثبت علت بستری ذکر شود:

۲۲- آیا مورد هر نوع جراحی اعم از درمانی و زیبایی قرار گرفته‌اید: بلی خیر عمل، زمان و نتیجه آن:

۲۳- آیا دچار نقص عضو شده‌اید: بلی خیر در چه ناحیه‌ای:

لطفاً به سؤالات زیر با دقت پاسخ دهید:

۲۴- آیا دچار از کار افتادگی شده‌اید: بلی خیر به چه میزان:

۲۵- آیا از سیگار، الکل یا مواد مخدر استفاده می‌کنید: بلی خیر
در صورت ترک، مدت زمان آن: در صورت مصرف میزان مصرف و مدت آن:

۲۶- آیا از دارویی برای بیماری به مدت طولانی استفاده کرده یا می‌کنید: بلی خیر
در صورت مصرف، نوع دارو: میزان مصرف و مدت آن:

۲۷- آیا کسی از بستگان درجه اول (پدر، مادر، خواهر، برادر یا فرزند) شما به بیماری سل، سرطان، بیماری قلبی، فشار خون، مرض قند، نارسایی کلیه، سکتة مغزی، بیماری مادرزادی یا بیماری روحی و عصبی مبتلا بوده یا می‌باشند: بلی خیر نسبت و نام بیماری:

۲۸- آیا باردار می‌باشید؟ (در صورت مونث بودن): بلی خیر هفته یا ماه بارداری ذکر گردد:

۲۹- در صورتی که فرم مربوط به فرد با سن کمتر از یک سال است: علاوه بر سایر سؤالات این پرسش نیز پاسخ داده شود:

نوزاد نارس زردی نوزادی بستری زیر یک ماه

۳۰- نیاز به هر گونه عمل جراحی تشخیص داده شده توسط پزشک در یک سال آینده دارید؟ بلی خیر نوع عمل:

۳۱- نیاز به هر گونه درمان خاص که در حال حاضر پزشک تشخیص داده است؟ بلی خیر نوع درمان:

۳۲- به غیر از موارد مذکور در این پرسشنامه، آیا سابقه ابتلا به هر گونه 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 فرزند تعداد آن‌ها را ذکر نمایید:

■ آیا ورزش حرفه‌ای انجام می‌دهید؟ بلی خیر در صورت پاسخ مثبت 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 و سؤالات بی‌پاسخ به منزله عدم وجود بیماری تلقی گردد.

تاریخ امضاء

بیمه‌شده/ولی/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 بیمه‌نامه نیاز به معاینه: دارد ندارد صدور بیمه‌نامه نیاز به آزمایش‌های پزشکی: دارد ندارد

علت درخواست معاینه و آزمایش‌های پزشکی: سن بیمه شده سرمایه بیمه سایر شرح:
با توجه به بررسی پرسشنامه سلامت خانم/آقا آزمایشات انجام شد.

صدور بیمه‌نامه: بلا مانع است به صلاح بیمه‌گر نمی‌باشد نیاز به بررسی دارد
توضیحات:

مهر و امضاء و تاریخ