

کد فرم: PIF004

تجدید نظر: 08

صفحه: ۱ از ۲

شماره سریال:

کد شناسه:

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 ☐ فیروز ریه ☐ آسم ☐
 نارسایی شدید تنفسی ☐ بیماری‌های انسداد ریه ☐ سارکوئیدوز ☐ آپنه خواب ☐ فاقد بیماری ☐ سایر:
- ۲- بیماری‌های قلب و عروق: فشار خون بالا ☐ سکته قلبی ☐ حمله قلبی ☐ سابقه جراحی قلب باز ☐ تنگی یا نارسایی دریچه قلبی ☐ آریتمی قلبی ☐
 پیس‌میکر قلبی ☐ سابقه آنژیوگرافی ☐ سابقه آنژیوپلاستی ☐ قراردادن استنت در عروق ☐ کوارکتاسیون آئورت ☐ کاردیومیوپاتی ☐
 آمبولی ☐ نارسایی 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: ریفلاکس ☐ 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 سکته مغزی ☐ حمله گذاری 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: نارسایی 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 ☐ شوگر ☐ 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 ☐ ایکتوزیوز ☐ خال‌های بزرگ یا در حال رشد ☐ خال‌های تغییر رنگ یافته ☐ زخم طول کشیده ☐
 توده جلدی ☐ سوختگی درجه ۳ ☐ پسوریازیس ☐ خونریزی‌های زیرپوستی ☐ 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 ☐ کرونای 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 بیماری های 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 بیماری های زنان: کیست تخمدان ☐ فیبروم یا میوم رحم ☐ PCO ☐ خونریزی های غیر معمول ☐ آندومتریوز ☐

سقط جنین ☐ (تعداد دفعات ذکر شود): کیست و توده پستان ☐ فاقد بیماری ☐ سایر:

۲۰- سابقه بیماری های 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 گرفته اید: بلی ☐ خیر ☐ عمل، زمان و نتیجه آن:

۲۳- آیا دچار نقص عضو شده اید: بلی ☐ خیر ☐ در چه ناحیه ای:

لطفاً به سؤالات زیر با دقت پاسخ دهید:

۲۴- آیا دچار از کار افتادگی شده اید: بلی ☐ خیر ☐ به چه میزان:

۲۵- آیا از سیگار، الکل یا مواد مخدر استفاده می کنید: 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 می کنید: 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،

سکته مغزی، بیماری مادرزادی یا بیماری روحی و عصبی مبتلا بوده یا می باشند: بلی ☐ خیر ☐ نسبت و نام بیماری:

۲۸- آیا باردار می باشید؟ (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 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 فرزند تعداد آن ها را ذکر نمایید:

■ آیا ورزش حرفه ای انجام می دهید؟ بلی ☐ خیر ☐ در صورت پاسخ مثبت 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 و سؤالات بی پاسخ به منزله عدم وجود بیماری تلقی گردد.

تاریخ امضاء

بیمه شده/ولی/قیم قانونی بیمه شده

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.

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 آزمایش های پزشکی: سن بیمه شده ☐ سرمایه بیمه ☐ سایر ☐ شرح:

با توجه به بررسی پرسشنامه سلامت خانم/آقا آزمایشات انجام شد.

صدور بیمه نامه: بلامانع است ☐ به صلاح بیمه گر نمی باشد ☐ نیاز به بررسی دارد ☐

توضیحات:

مهر و امضاء و تاریخ