

### پرسی نامه سلامتی بیمه نامه درمان (خانواده)

نام بیمه گزار:		کد ملی/شناسه ملی :		تلفن:		نماینده کارگزار:	
نشانی :		شماره همراه:		کد اقتصادی:		کد نماینده:	
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 :	
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"/> خیر <input type="radio"/> بله</p>							
<p><b>در صورتیکه پاسخ ( بله ) بود، نوع بیماری و مدت زمان ابتلا و داروی مصرفی خود را ذکر کنید</b></p>							
بله <input type="radio"/>		خیر <input type="radio"/>		۱- آیا بیمه شده سابقه بیماریهای دستگاه تنفسی به مدت طولانی ، تنگی نفس ، آسم ، خلط خونی یا چرکی و ... را دارا می باشد؟			
بله <input type="radio"/>		خیر <input type="radio"/>		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 ؟			
بله <input type="radio"/>		خیر <input type="radio"/>		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 ؟			
بله <input type="radio"/>		خیر <input type="radio"/>		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؟			
بله <input type="radio"/>		خیر <input type="radio"/>		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 ؟			
بله <input type="radio"/>		خیر <input type="radio"/>		۶- آیا بیمه شده سابقه بیماریهای داخلی اعصاب مانند تشنج، سکت مغزی، مشکلات حرکتی، معلولیت ذهنی، فراموشی و ..... را دارا می باشد؟			
بله <input type="radio"/>		خیر <input type="radio"/>		۷- آیا بیمه شده سابقه بیماری های اعصاب و روان مانند اضطراب ، تشویش ، افسردگی ، وسواس ، سابقه خودکشی و..... را دارا می باشد ؟			
بله <input type="radio"/>		خیر <input type="radio"/>		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 ؟			
بله <input type="radio"/>		خیر <input type="radio"/>		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؟			
بله <input type="radio"/>		خیر <input type="radio"/>		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 ؟			
بله <input type="radio"/>		خیر <input type="radio"/>		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 ؟			
بله <input type="radio"/>		خیر <input type="radio"/>		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 ؟			
بله <input type="radio"/>		خیر <input type="radio"/>		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 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"/>	۲۱- 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 وامضای نماینده یا کارگزار:
تاریخ:	تاریخ :	تاریخ:

نظریه 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 وامضاء پزشک</p> <p>تاریخ</p>