

پرسش نامه سلامتی بیمه نامه درمان (خانواده)

مشخصات بیمه گذار	نام بیمه گذار:	کد ملی/شناسه ملی:	تلفن:	نماینده /کارگزار:			
	نشانی:	شماره همراه:	کد اقتصادی:	کد نماینده:			
مشخصات بیمه شده	نام و نام خانوادگی:	کد ملی:	نام پدر:				
	جنسیت:	تاریخ تولد: روز ماه سال	شماره شناسنامه:	محل صدور:			
	وضعیت تاهل:	نوع بیمه درخواستی:	شماره همراه:				
	نشانی منزل، کدپستی و تلفن:						
	نشانی محل کار، کدپستی و تلفن:						
وضعیت پزشکی	بسیار مهم: چنانچه پاسخ هر یک از سوالات بیماری ها بله می باشد، لطفاً اعلام فرمایید که آیا سابقه بستری قبلی جهت درمان آن بیماری را داشته اید؟ آیا در آینده نزدیک (سه ماه آینده) جهت درمان یا جراحی بیمار مذکور در بیمارستان بستری خواهید شد؟						
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>قد</td> <td>سانتی متر</td> </tr> <tr> <td>وزن</td> <td>کیلوگرم</td> </tr> </table> ۱-بیماریهای دستگاه تنفسی به مدت طولانی، تنگی نفس، آسم، خط خونی یا چرکی و..... بله ☐ خیر ☐ ۲-بیمار قلب و عروق به خصوص فشار خون، درد قفسه سینه، سکنه قلبی، تنگی نفس با فعالیت، واریس، تپش قلب و..... بله ☐ خیر ☐ ۳-بیمار خونی بخصوص کم خونی، خونریزی بدون علت و طولانی از هر قسمت بدن، سابقه تزریق خون بله ☐ خیر ☐ ۴-بیماریهای گوارشی شامل بیماری های کبد، زردی (یرقان)، دردهای طولانی مدت شکمی، تهوع، استفراغ به مدت طولانی، بیماری های لوزالمعده (پانکراس) بله ☐ خیر ☐ در صورتیکه پاسخ بله میباشد ۵-بیماری های کلیه و مجرای ادرار مانند: مشکلات پروستات، دیدن خون در ادرار، سوزش ادرار، مشکل در ادرار، سنگ کلیه و..... بله ☐ خیر ☐ ۶-بیماری های داخلی اعصاب مانند تشنج، سکنه مغزی، مشکلات حرکتی، فراموشی و..... بله ☐ خیر ☐ ۷-بیماری های اعصاب و روان مانند اضطراب، تشویش، افسردگی، وسواس، سابق خودکشی و..... بله ☐ خیر ☐ ۸-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..... بله ☐ خیر ☐ ۹-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..... بله ☐ خیر ☐ در صورتیکه پاسخ بله میباشد ۱۰-بیماری های گوش، حلق و بینی، سرگیجه، خونریزی بینی، کاهش شنوایی (بندریج یا ناگهانی) ترشحات چرکی یا خون از گوش، تغییر صدا و..... بله ☐ خیر ☐ توضیح در صورتیکه پاسخ بله میباشد ۱۱-بیماری های غدد داخلی و تیروئید، دیابت، تغییر وزن، کاهش یا افزایش اشتها، تعریق فراوان، چربی خون بالا و..... بله ☐ خیر ☐ توضیح در صورتیکه پاسخ بله میباشد ۱۲-سابقه بیماری های عفونی مانند سل، هپاتیت، حصیه، تب مالت، مالاریا، ایدز، کیست هیداتیک، سرخچه، سرخک، آبله مرغان و بله ☐ خیر ☐ توضیح در صورتیکه پاسخ بله میباشد ۱۳-سابقه بیماری های استخوانی و مفاصل نظیر پوکی استخوان، آرتروز مفاصل، بیرون زدگی دیسک ستون فقرات، درد طولانی مدت (بیش از سه ماه) در مفاصل، عضلات یا ستون فقرات بله ☐ خیر ☐ توضیح در صورتیکه پاسخ بله میباشد ۱۴-آیا به بیماری یا عارضه دیگری مبتلا شده اید؟ بله ☐ خیر ☐ توضیح در صورتیکه پاسخ بله میباشد ۱۵-آیا تاکنون به بیماری مبتلا شده اید که به موجب آن به مدت طولانی دارو مصرف یا تزریق نمایید؟ بله ☐ خیر ☐ ۱۶-آیا سابقه بستری شدن در بیمارستان یا آسایشگاهی را دارید؟ بله ☐ خیر ☐ توضیح در صورتیکه پاسخ بله میباشد				قد	سانتی متر	وزن
قد	سانتی متر						
وزن	کیلوگرم						

تاریخ: و ساعت:	۱۷- آیا سابقه تصادف یا حادثه یا سقوط دارید؟ ☐ خیر ☐ توضیح در صورتیکه پاسخ بله میباشد ۱۸- آیا در حال حاضر به علت بیماری و یا مورد خاص تحت مداوا و یا مشاوره پزشکی قرار دارید؟ ☐ بله ☐ خیر ☐ ۱۹- آیا در شش ماه گذشته کاهش وزن داشته ای؟ ☐ بله ☐ خیر ☐ در صورتیکه پاسخ بله میباشد میزان وزن کاهش یافته کیلوگرم ✓ <u>سوالات مربوط به بانوان</u> ۲۰- در حال حاضر در کدامیک از وضعیت های زیر می باشد؟ در دوران حاملگی ☐ بله ☐ خیر ☐ در دوران شیر دهی ☐ بله ☐ خیر ☐ در دوران یائسگی ☐ بله ☐ خیر ☐ در سن قاعدگی ☐ بله ☐ خیر ☐ سایر موارد ☐ ۲۱- آیا بیماری های خاص زنان نظیر خونریزی غیر طبیعی یا لکه بینی و ترشحات و..... داشته اید؟ ☐ بله ☐ خیر ☐ ۲۲- آیا دچار ترشح یا خونریزی، درد یا توده پستان و عدم تقارن در ناحیه سینه و یا زیر بغل شده اید؟ ☐ بله ☐ خیر ☐ ۲۳- آیا 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..... شده اید؟ ☐ بله ☐ خیر ☐ ✓ چنانچه متقاضی خرید بیمه نامه درمان خانواده میباشد، لطفاً به سوال زیر پاسخ دهید: ۲۴- آیا در یکسال اخیر به منظور اخذ بیمه نامه عمر و سرمایه گذاری از شرکت بیمه کارآفرین نسبت به انجام معاینات و آزمایشات پزشکی اقدام نموده و در آن قبول شده اید؟ ☐ بله ☐ خیر ☐
-------------------	---

از شرکت بیمه کارآفرین (سهامی عام)، درخواست میشود بیمه نامه درمان با توجه به اطلاعات مورد درخواست مندرج در این پیشنهاد، را با مشخصات زیر به مدت ۳۶۵ روز از ساعت ۲۴ مورخ تا ساعت ۲۴ مورخ صادر نماید.

اینجانب بیمه گذار / 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 میباشد، در صورت هر نوع اظهار خلاف واقع، بیمه گر می تواند نسبت به لغو بیمه نامه اقدام نماید.

امضای بیمه شده: _____ امضای بیمه گذار: _____ مهر و امضای نماینده یا کارگزار: _____

تاریخ _____ تاریخ _____ تاریخ _____

تاریخ: و ساعت:	صدور بیمه نامه از نظر وضعیت سلامتی متقاضی (بیمه شده) بلامانع میباشد ☐ صدور بیمه نامه از نظر وضعیت سلامتی متقاضی (بیمه شده) به صلاح نمیباشد ☐ توضیحات: _____ محل مهر و امضاء پزشک تاریخ	تاریخ: و ساعت:
-------------------	--	-------------------

نظر به پزشک معتمد بیمه گر