



## پیشنهاد بیمه درمان خانواده

پیشنهاد دهنده گرامی، خواهشمند است به تمامی پرسش‌های درج‌شده در این فرم با صداقت و به صورت کامل و خوانا پاسخ داده و سپس امضاء فرمایید. شرط اصلی اعتبار بیمه‌نامه در صورت صدور، صحت اطلاعات درج‌شده در این پیشنهاد و پاسخ‌های شما بوده و به آن استناد خواهد شد. در ضمن تکمیل این پیشنهاد هیچ تعهدی را برای بیمه‌گر ایجاد نمی‌نماید.

مشخصات بیمه‌گذار (حداقل ۱۸ سال تمام)	نام خانوادگی: _____	نام خانوادگی: _____
	کد ملی: _____	کد ملی: _____
	تاریخ تولد: _____ / _____ / _____	تاریخ تولد: _____ / _____ / _____
	وضعیت تاهل: <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/> مجرد	وضعیت تاهل: <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/> مجرد
جنسیت: <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن		جنسیت: <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن
شغل: _____		
(خواهشمند است نوع شغل یا کاری را که به آن اشتغال دارید، به صورت دقیق ذکر نمایید. عناوین شغلی مانند آزاد، کارگر، کارمند، عنوان رشته تحصیلی و ... مورد قبول نمی‌باشد.)		
محل سکونت: استان: _____ شهر: _____ نشانی دقیق: _____	محل سکونت: استان: _____ شهر: _____ نشانی دقیق: _____	محل سکونت: استان: _____ شهر: _____ نشانی دقیق: _____
تلفن محل سکونت: (با ذکر کد شهر) _____	تلفن محل سکونت: (با ذکر کد شهر) _____	تلفن محل سکونت: (با ذکر کد شهر) _____
تلفن محل کار: (با ذکر کد شهر) _____	تلفن محل کار: (با ذکر کد شهر) _____	تلفن محل کار: (با ذکر کد شهر) _____
کدپستی محل کار: _____	کدپستی محل سکونت: _____	کدپستی محل کار: _____
نسبت با بیمه‌شده: <input type="checkbox"/> خود شخص <input type="checkbox"/> سایر _____		

مشخصات بیمه‌شده	نام خانوادگی: _____	نام خانوادگی: _____
	کد ملی: _____	کد ملی: _____
	تاریخ تولد: _____ / _____ / _____	تاریخ تولد: _____ / _____ / _____
	وضعیت تاهل: <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/> مجرد	وضعیت تاهل: <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/> مجرد
جنسیت: <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن		جنسیت: <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن
شغل و فعالیت‌های جانبی مرتبط با آن: _____		
محل سکونت: استان: _____ شهر: _____ نشانی دقیق: _____	محل سکونت: استان: _____ شهر: _____ نشانی دقیق: _____	محل سکونت: استان: _____ شهر: _____ نشانی دقیق: _____
تلفن محل سکونت: (با ذکر کد شهر) _____	تلفن محل سکونت: (با ذکر کد شهر) _____	تلفن محل سکونت: (با ذکر کد شهر) _____
تلفن محل کار: (با ذکر کد شهر) _____	تلفن محل کار: (با ذکر کد شهر) _____	تلفن محل کار: (با ذکر کد شهر) _____
کدپستی محل کار: _____	کدپستی محل سکونت: _____	کدپستی محل کار: _____

سوالات عمومی بیمه شده	قد بیمه شده _____ سانتی متر.	وزن بیمه شده _____ کیلوگرم.
	وضعیت انجام نظام وظیفه: <input type="checkbox"/> انجام خدمت وظیفه عمومی <input type="checkbox"/> معافیت پزشکی <input type="checkbox"/> معافیت غیر پزشکی <input type="checkbox"/> سایر: _____	در صورت معافیت، علت آن را با ذکر ماده و بند مربوطه شرح دهید.
سوالات بیمه‌ای	آیا دارای بیمه‌گر پایه می‌باشید؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی (در صورت مثبت بودن، نام بیمه‌گر و نوع بیمه‌نامه را ذکر نمایید).	آیا دارای بیمه درمان تکمیلی می‌باشید؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی (در صورت مثبت بودن، نام بیمه‌گر را ذکر نمایید).
	آیا رشته(های) ورزشی خاصی را انجام می‌دهید؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی، تفریحی <input type="checkbox"/> بلی، حرفه‌ای _____	نام رشته(های) ورزشی: _____

اطلاعات بانکی بیمه‌گذار	شماره حساب بانکی: _____
	شماره شبای بانکی: _____
	نزد بانک: _____ شعبه: _____ (کد شعبه: _____) به نام آقای/ خانم _____
	* درج شماره حساب بانکی ایران (شبا) الزامی است. * مسئولیت هرگونه اشتباه در اعلام شماره حساب، نام صاحب حساب و سایر مشخصات حساب بانکی جهت واریز مبلغ خسارت بیمه‌نامه، متوجه بیمه‌گذار خواهد بود.

نام انتخابی	_____
-------------	-------

ردیف	شرح بیماری	بلی	خبر
۱	بیماری‌های دستگاه تنفسی (سرفه مزمن، آسم، تنگی نفس، خلط خونی یا چرکی و ...)		
۲	بیماری‌های قلب و عروق (درد قفسه سینه، تنگی نفس فعالیت، سکت قلبی، واریس، تپش قلب و ...)		
۳	بیماری‌های خونی (سابقه تزریق خون، کم‌خونی، خون‌ریزی بدون علت و طولانی از هر قسمت بدن)		
۴	بیماری‌های گوارشی (کبد، زردی یا یرقان، دردهای طولانی مدت شکمی، تهوع، استفراغ به مدت طولانی، پانکراس (لوزالمعده) و ...)		
۵	بیماری‌های کلیه و مجاری ادرار (مشکلات پروستات، مشاهده خون در ادرار، سوزش ادرار، مشکل در ادرار، سنگ کلیه و ...)		
۶	بیماری‌های داخلی اعصاب (تشنج، سکت مغزی، تومور مغزی، مشکلات حسی و حرکتی، فراموشی، ام اس و ...)		
۷	بیماری‌های اعصاب و روان (افسردگی، اضطراب، تشویش، وسواس، سابقه خودکشی و ...)		
۸	بیماری‌های پوستی (خون‌ریزی یا خون‌مردگی زیرپوستی، خال‌های بزرگ درحال رشد، خال‌های تغییر رنگ یافته، زخم طول کشیده یا بهبود نیافته، غده‌های پوستی یا زیرجلدی و ...)		
۹	بیماری‌های چشمی (خون‌مردگی یا کبودی دور چشم، ضربه به چشم، پارگی مویرگ‌های چشم، تاری دید، دوبینی، کاهش بینایی، انحراف چشم، ضعف چشم، آب مروارید و آب سیاه و ...)		
۱۰	بیماری‌های گوش، حلق و بینی (سرگیجه، خون‌ریزی بینی، کاهش شنوایی (به تدریج یا ناگهانی)، ترشحات چرکی یا خون از گوش، تغییر صدا و ...)		
۱۱	بیماری‌های غدد، داخلی و تیروئید (تغییر وزن، چاقی یا لاغری مفرط، تعریق فراوان، چربی خون بالا، دیابت و بیماری‌های تیروئید و ...)		
۱۲	بیماری‌های عفونی (سل، هپاتیت، حبسه، تب مالت، مالاریا، ایدز، کیست هیداتیک و ...)		
۱۳	بیماری‌های استخوانی، عضلات و مفاصل (پوکی استخوان، دیسک کمر، ضعف عضلانی شدید و ...)		

## پیشنهاد بیمه درمان خانواده



نام بیمه شده:

ردیف	بیماری	ردیف	بیماری
۱۴	آیا سرطان و بدخیمی داشته‌اید؟	۱۵	آیا سابقه تومور داشته‌اید؟
۱۶	آیا دارای فشار خون هستید؟	۱۷	آیا دارای دیابت هستید؟
۱۸	آیا مورد عمل جراحی قرار گرفته‌اید؟	۱۹	آیا به بیماری یا عارضه دیگری مبتلا شده‌اید که ذکر نشده باشد؟
۲۰	آیا دچار نقص عضو شده‌اید؟	۲۱	آیا دچار از کارافتادگی شده‌اید؟
۲۲	آیا در شش ماه گذشته کاهش وزن داشته‌اید؟	۲۳	آیا در حال حاضر به لحاظ پزشکی سالم هستید؟
۲۴	آیا تاکنون به موجب ابتلا به بیماری به مدت طولانی دارو مصرف یا تزریق کرده‌اید؟	۲۵	آیا در حال حاضر دچار نواقص جسمانی می‌باشید؟
۲۶	آیا دچار شکستگی در ناحیه‌ای از بدن شده‌اید؟	۲۷	آیا سابقه تصادف، حادثه یا سقوط داشته‌اید؟
۲۸	آیا در یک سال اخیر مدتی در شهر یا کشور دیگر اقامت داشته‌اید؟	۲۹	آیا سابقه بستری شدن در بیمارستان یا آسایشگاهی را دارید؟
۳۰	آیا در حال حاضر پروتز یا پلاتین در بدن خود دارید؟		
۳۱	آیا در حال حاضر باردار هستید؟	۳۲	آیا بیماری‌های زنانه دارید؟ (خون‌ریزی غیرطبیعی، لکه‌بینی و ترشحات و ...)
۳۳	آیا دچار ترشح، خون‌ریزی، درد در توده پستان و عدم تقارن در ناحیه سینه یا زیر بغل شده‌اید؟		
۳۴	آیا دچار عوارض و بیماری‌های ناشی از حاملگی یا مسمومیت حاملگی، سقط جنین، مول، عفونت‌ها و خون‌ریزی‌های بعد از زایمان و ... شده‌اید؟		
۳۵	آیا در حال حاضر به علت بیماری یا مورد خاص تحت مداوا یا مشاوره پزشکی قرار دارید؟		
۳۶	در صورت استفاده از موارد ذکر شده، مقدار، نوع و مدت مصرف را اعلام نمایید. <input type="checkbox"/> دخانیات (سیگار، قلیان، ...) <input type="checkbox"/> مشروبات الکلی <input type="checkbox"/> مواد مخدر و روان گردان <input type="checkbox"/> هیچ‌کدام		
۳۷	در صورت مثبت بودن هر کدام از سؤالات بالا، با ذکر نام بیماری، زمان شروع بیماری، نوع و میزان داروی مصرفی، مدت زمان داروی مصرفی، درمان انجام شده و وضعیت فعلی (بیمه شده) را توضیح دهید. (در صورت جراحی، تاریخ و علت عمل جراحی یا بستری شدن و در صورت نقص عضو، نام عضو و درصد نقص عضو را ذکر فرمایید).		
<p>آیا کسی از بستگان نزدیک شما به بیماری سل، تشنج، سرطان، بیماری قلبی، فشار خون، دیابت، نارسایی کلیه، سکته مغزی، بیماری مادرزادی یا بیماری روحی و عصبی مبتلا بوده یا می‌باشد؟ (در صورت مثبت بودن، مشخصات فرد و نسبت با بیمه شده ذکر گردد، همچنین در مورد بیماری و مراحل درمانی طی شده، طول مدت بیماری و وضعیت سلامتی کنونی ایشان توضیح کامل داده شود).</p>			
<p>شرح (در صورت حیات، وضعیت سلامت و در صورت فوت علت آن را شرح دهید).</p>			
<p>افراد خانواده سن حیات/ فوت</p>			
<p>پدر <input type="checkbox"/> فوت <input type="checkbox"/> حیات <input type="checkbox"/></p>			
<p>مادر <input type="checkbox"/> فوت <input type="checkbox"/> حیات <input type="checkbox"/></p>			
<p>خواهر/ برادر <input type="checkbox"/> فوت <input type="checkbox"/> حیات <input type="checkbox"/></p>			
<p>خواهر/ برادر <input type="checkbox"/> فوت <input type="checkbox"/> حیات <input type="checkbox"/></p>			
<p>خواهر/ برادر <input type="checkbox"/> فوت <input type="checkbox"/> حیات <input type="checkbox"/></p>			
<p>۱. در صورتی که بیمه شده تحت پوشش بیمه درمان بیمه‌گر پایه باشد، اعلام آن در فرم پیشنهاد بیمه درمان خانواده ضروری است.</p> <p>۲. امضاءکنندگان این پیشنهاد (بیمه‌گذار/ بیمه‌شده)، بعد از شنیدن توضیحات نماینده، به سؤالات مشروح در این فرم با صداقت و به نحو کامل پاسخ داده و از مقررات و شرایط عمومی و اختصاصی بیمه‌نامه که جزء لاینفک این قرارداد می‌باشد، اطلاع کامل حاصل نموده‌اند.</p> <p>۳. هرگونه اظهار خلاف واقع و خودداری از واقع‌گویی به موجب قانون بیمه، بیمه‌نامه را از درجه اعتبار ساقط نموده و از دست دادن مزایای آن را به دنبال خواهد داشت. (مطابق با شرایط عمومی بیمه‌نامه)</p> <p>۴. هرگونه هزینه تشخیصی یا درمانی اعم از سرپایی یا بستری مربوط به بیماری یا صدمات جسمانی و عوارض آنها که دارای منشا پیش از صدور بیمه‌نامه باشد در تعهد بیمه‌گر نمی‌باشد.</p>			
نام و امضای بیمه‌گذار:		نام و امضای بیمه‌شده:	
تاریخ:		تاریخ:	
کد نمایندگی:		کد رایانه بیمه‌نامه:	
مهر، امضاء و نام نمایندگی:		مهر، امضاء و نام پزشک معتمد:	
تاریخ: / /		نام، امضاء و مهر پزشک معتمد: / /	