

نشانی: تهران - میدان ونک
خیابان ونک - پلاک ۹
کدپستی: ۱۹۹۴۶۱۸۳۱۷
تلفن: ۰۲۱ - ۸۶۹۰
www.bimehma.ir

پرسشنامه پزشکی متقاضیان (بیمه عمر گروهی - بیمه درمان)



مشخصات بیمه نامه

مشخصات بیمه شده

اطلاعات وضعیت سلامتی بیمه شده

شماره بیمه نامه:

شعبه/ نمایندگی/ کارگزار:

نام بیمه گذار:

کد:

نام و نام خانوادگی:

کد ملی:

جنسیت: زن مرد

تاریخ تولد: روز ماه سال محل صدور:

شماره شناسنامه:

وضعیت تاهل: متاهل مجرد

شغل اصلی در حال حاضر:

شغل گذشته یا فرعی:

آدرس محل کار و تلفن:

قد: سانتی متر

وزن: کیلو گرم

تاریخ استخدام:

آیا تا به حال به بیماری های زیر مبتلا بوده یا می باشید؟ در صورت مثبت بودن پاسخ هر یک از موارد ذیل تاریخ بروز و مدت بیماری و عوارض بجا مانده و نام پزشک معالج را با ذکر شماره سوال بنویسید:

۱. بیماری های دستگاه تنفسی مانند سرفه مزمن ، تنگی نفس به هنگام فعالیت ، آسم و خلط چرکی یا خونی . بلی خیر
۲. بیماری های قلب و عروق بخصوص فشار خون و درد قفسه سینه ، سکت قلبی ، واریس . بلی خیر
۳. بیماری های خونی ، سابقه تزریق خون ، کم خونی ، خونریزی های بدون علت . بلی خیر
۴. بیماری های گوارشی ، کبد ، پانکراس ، دردهای مزمن شکمی ، خونریزی گوارشی ، تهوع و استفراغ مکرر ، زردی . بلی خیر
۵. بیماری های اعصاب و روان ، اضطراب ، افسردگی ، خودکشی . بلی خیر
۶. بیماری های داخلی اعصاب ، تشنج ،سکته مغزی ، مشکلات حرکتی ، فراموشی . بلی خیر
۷. بیماری های کلیه ، مجاری ادرار ، مشکلات پروستات ، خون در ادرار، سوزش ادرار ، سنگ کلیه . بلی خیر
۸. بیماری های گوش و حلق و بینی ، چشمی ، کاهش شنوایی،خونریزی های بینی کاهش بینایی ، نابینایی ، سرگیجه و غیره بلی خیر
۹. بیماری های پوستی ، خال های بزرگ یا در حال رشد ، خال های تغییر رنگ یافته ، زخم طول کشیده ، خونریزی های زیر پوستی ، توده جلدی و غدد لنفاوی بزرگ شده . بلی خیر
۱۰. بیماری های استخوانی ، عضلات و مفاصل ، درد های عضلانی ، دردهای ستون فقرات، خشکی و درد مفاصل . بلی خیر
۱۱. بیماری های غدد داخلی نظیر تیروئید و دیابت و یا ...کاهش یا افزایش اشتها ، چربی خون بالا . بلی خیر
۱۲. سابقه بیماری های عفونی مانند سل ، هیپاتیت ، حصبه، تب مالت ، مالاریا ، ایدز ، کیست هیداتیک . بلی خیر
۱۳. آیا به بیماری و عارضه دیگری مبتلا شده اید که در فوق ذکر نشده باشد ؟ بلی خیر
۱۴. آیا مورد عمل جراحی قرار گرفته اید ؟ در صورت مثبت بودن نوع عمل وتاریخ آن را توضیح دهید ؟ بلی خیر
۱۵. آیا دچار نقص عضو یا ازکارافتادگی شده اید ؟ در صورت مثبت بودن شرح دهید ؟ بلی خیر
۱۶. آیا سابقه بستری شدن در بیمارستان یا آسایشگاه را دارید؟ در صورت مثبت بودن علت آن ، مدت و تاریخ بستری را توضیح دهید ؟ بلی خیر
۱۷. آیا از سیگار ، مشروبات الکلی و مواد مخدر استفاده می کنید ؟ در صورت مثبت بودن نوع و میزان و مدت مصرف آن را ذکر کنید ؟ بلی خیر
۱۸. آیا از دارو برای بیماری طولانی مدت استفاده کرده یا می کنید ؟ در صورت مثبت بودن نوع و میزان مصرف دارو را ذکر کنید ؟ بلی خیر
۱۹. آیا کسی از بستگان درجه اول شما به بیماری سل ، تشنج ، سرطان ، بیماری قلبی ، فشار خون ، مرض قند ، نارسایی کلیه سکتة مغزی بیماری مادر زادی یا بیماری روحی و عصبی مبتلا بوده یا می باشد ؟ در صورت مثبت بودن توضیح دهید ؟ بلی خیر
۲۰. آیا در شش ماه گذشته کاهش وزن داشته اید ؟ در صورت مثبت بودن میزان و علت کاهش وزن را توضیح دهید؟ بلی خیر
۲۱. آیا در حال حاضر کاملاً سالم هستید ؟ بلی خیر

توضیحات:

۱. آیا دچار عوارض و بیماری های ناشی از حاملگی و زایمان نظیر فشار خون یا مسمومیت حاملگی ، سقط جنین ، مول و عفونت هاو خونریزی بعد از زایمان و غیره شده اید؟ خیر بلی
۲. آیا بیماری های خاص زنان داشته اید ؟ خیر بلی
۳. آیا دچار ترشح ، خونریزی ، توده یا درد در ناحیه سینه و یا زیر بغل شده اید ؟ خیر بلی
۴. آیا خونریزی غیر طبیعی و یا لکه بینی داشته اید ؟ خیر بلی

توضیحات :

ردیف	نام و نام خانوادگی	نسبت	در قید حیات	تشریح وضعیت سلامتی	سن فوت (سال)	تاریخ فوت	علت فوت

- آیا هیچ یک از افراد نامبرده بعلت بیماری های ذکر شده در قسمت فوق تحت معالجه ویا مشورت پزشک بوده اند؟
- آیا تا بحال درخواست بیمه عمر و یا حوادثی نموده اید که به دلایلی شرکت بیمه آن را رد یا به تعویق انداخته باشد و یا با اضافه نرخ بیمه نموده باشد؟ در صورت مثبت بودن پاسخ توضیح دهید؟

• بدینوسیله اینجانب گواهی و تائید می نمایم که به کلیه پرسشهای این پرسشنامه با صداقت و حقیقت پاسخ داده و در صورت اظهار خلاف واقع ، بیمه گرمی تواند نسبت به حذف پوشش بیمه اینجانب اقدام نماید.

امضاء بیمه شده :
تاریخ تکمیل فرم :

- مسئولیت صحت و سقم پاسخ های داده شده بر عهده کارمند مربوطه می باشد که در صورت عدم ذکر حقیقت، شرکت بیمه وفق مقررات عمل خواهد نمود.
- این شرکت به عنوان کارفرمای نامبرده بدینوسیله تأیید می نماید که طی مدت رابطه کاری و کارفرمایی :
- نامبرده دچار بیماری حاد و یا اعمال جراحی نشده و مرخصی طویل المدت نداشته است
 - نامبرده به بیماری..... دچار و یا دارای عمل جراحی..... بوده و طول درمان به مدت..... داشته است

مهر و امضاء بیمه گذار:
تاریخ تأیید فرم :

نظریه پزشک معتمد شرکت بیمه "ما" در خصوص سلامتی بیمه شده:

مهر و امضاء پزشک معتمد

نظر کارشناس/مسئول صدور شرکت بیمه "ما" :

- با توجه به مطالب اظهار شده از سوی بیمه شده و بیمه گذار و نظر پزشک معتمد؛ صدور بیمه نامه گواهی بیمه برای بیمه شده :
- الف) بلامانع است ب) امکان پذیر نمی باشد ج) با اضافه نرخ به میزان % امکان پذیر است

مهر یا امضاء کارشناس صدور