

پرسش نامه سلامتی بیمه نامه درمان (خانواده)

مشخصات بیمه گذار نام بیمه گذار: کدبستی:	نام بیمه گذار: نشانی: کد ملی/شناسه ملی: شماره همراه: تلفن: کد اقتصادی:	نماینده/کارگزار: کد نماینده:				
مشخصات بیمه شده نام و نام خانوادگی: جنسیت: وضعیت تاهل: نشانی منزل، کدبستی و تلفن: نشانی محل کار، کدبستی و تلفن:	نام پدر: شماره شناسنامه: نوع بیمه درخواستی: شماره همراه:	نام پدر: شماره شناسنامه: شماره همراه:				
<p style="color: red; font-weight: bold;">بسیار مهم:</p> <p style="color: red; font-weight: bold;">چنانچه پاسخ هر یک از سوالات بیماری ها بله می باشد، لطفاً اعلام فرمایید که</p> <p style="color: red; font-weight: bold;">آیا سابقه بستری قبلی جهت درمان آن بیماری را داشته اید؟</p> <p style="color: red; font-weight: bold;">آیا در آینده نزدیک (سه ماه آینده) جهت درمان یا جراحی بیمار مذکور در بیمارستان بستری خواهید شد؟</p> <table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">قد</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">سانتی متر</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">وزن</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">کیلوگرم</td> </tr> </table>			قد	سانتی متر	وزن	کیلوگرم
قد	سانتی متر					
وزن	کیلوگرم					
<p>وضعیت پزشکی</p> <p>۱- بیماریهای دستگاه تنفسی به مدت طولانی، تنگی نفس، آسم، خط خونی یا چرکی و..... بله <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/></p> <p>۲- بیمار قلب و عروق به خصوص فشار خون، درد قفسه سینه، سکنه قلبی، تنگی نفس با فعالیت، واریس، تپش قلب و..... بله <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/></p> <p>۳- بیمار خونی بخصوص کم خونی، خونریزی بدون علت و طولانی از هر قسمت بدن، سابقه تزریق خون بله <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/></p> <p>۴- بیماریهای گوارشی شامل بیماری های کبد، زردی (یرقان)، دردهای طولانی مدت شکمی، تهوع، استفراغ به مدت طولانی، بیماری های لوزالمعده (پانکراس) بله <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/> در صورتیکه پاسخ بله میباشد</p> <p>۵- بیماری های کلیه و مجرای ادرار مانند: مشکلات پروستات، دیدن خون در ادرار، سوزش ادرار، مشکل در ادرار، سنگ کلیه و..... بله <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/></p> <p>۶- بیماری های داخلی اعصاب مانند تشنج، سکنه مغزی، مشکلات حرکتی، فراموشی و..... بله <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/></p> <p>۷- بیماری های اعصاب و روان مانند اضطراب، تشویش، افسردگی، وسواس، سابق خودکشی و..... بله <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/></p> <p>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 <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/></p> <p>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 <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/> در صورتیکه پاسخ بله میباشد</p> <p>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 <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/> توضیح در صورتیکه پاسخ بله میباشد</p> <p>۱۱- بیماری های غدد داخلی و تیروئید، دیابت، تغییر وزن، کاهش یا افزایش اشتها، تعریق فراوان، چربی خون بالا و..... بله <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/> توضیح در صورتیکه پاسخ بله میباشد</p> <p>۱۲- سابقه بیماری های عفونی مانند سل، هپاتیت، حصه، تب مالت، مالاریا، ایدز، کیست هیداتیک، سرخچه، سرخک، آبله مرغان و..... بله <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/> توضیح در صورتیکه پاسخ بله میباشد</p> <p>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 <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/> توضیح در صورتیکه پاسخ بله میباشد</p> <p>۱۴- آیا به بیماری یا عارضه دیگری مبتلا شده اید؟ بله <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/> توضیح در صورتیکه پاسخ بله میباشد</p> <p>۱۵- آیا تاکنون به بیماری مبتلا شده اید که به موجب آن به مدت طولانی دارو مصرف یا تزریق نماید؟ بله <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/></p> <p>۱۶- آیا سابقه بستری شدن در بیمارستان یا آسایشگاهی را دارید؟ بله <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/> توضیح در صورتیکه پاسخ بله میباشد</p>						

کیلوگرم	<p>۱۷- آیا سابقه تصادف یا حادثه یا سقوط دارید؟ بله <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/> توضیح در صورتیکه پاسخ بله میباشد</p> <p>۱۸- آیا در حال حاضر به علت بیماری و یا مورد خاص تحت مداوا و یا مشاوره پزشکی قرار دارید؟ بله <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/></p> <p>۱۹- آیا در شش ماه گذشته کاهش وزن داشته‌ای؟ بله <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/> در صورتیکه پاسخ بله میباشد میزان وزن کاهش یافته</p> <p style="text-align: center;"><u>سوالات مربوط به بانوان</u> ✓</p> <p>۲۰- در حال حاضر در کدامیک از وضعیت های زیر می باشد؟</p> <p>در دوران حاملگی بله <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/> در دوران شیر دهی بله <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/></p> <p>در دوران یائسگی بله <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/> در سن قاعدگی بله <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/></p> <p>سایر موارد <input type="radio"/></p> <p>۲۱- آیا بیماری های خاص زنان نظیر خونریزی غیر طبیعی یا لکه بینی و ترشحات و..... داشته اید؟ بله <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/></p> <p>۲۲- آیا دچار ترشح یا خونریزی، درد یا توده پستان و عدم تقارن در ناحیه سینه و یا زیر بغل شده اید؟ بله <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/></p> <p>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 <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/></p> <p style="text-align: center;">✓ چنانچه متقاضی خرید بیمه نامه درمان خانواده میباشد، لطفاً به سوال زیر پاسخ دهید:</p> <p>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 <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/></p>	وضعیت پزشکی
---------	---	-------------

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
<p>صدر بیمه نامه از نظر وضعیت سلامتی متقاضی (بیمه شده) بلا مانع میباشد <input type="radio"/></p> <p>صدر بیمه نامه از نظر وضعیت سلامتی متقاضی (بیمه شده) به صلاح نمیباشد <input type="radio"/></p> <p>توضیحات:</p>	<p>محل مهر و امضاء پزشک</p> <p>تاریخ</p>	<p>نظریه پزشک معتمد بیمه گر</p>