



نماینده / کارگزار : کد نماینده : تاریخ تکمیل :

نام و نام خانوادگی : کدملی / شماره شناسنامه : زن متاهل مجرد مرد

نام پدر : تاریخ تولد : محل صدور : تلفن ثابت :

آدرس منزل : آدرس محل کار : تلفن همراه : کد اقتصادی : کد پستی :

بیمه گذار

نسبت بیمه گذار با بیمه شده : توجه : چنانچه بیمه گذار و بیمه شده یک نفر باشند ، نیاز به تکمیل این بخش نمی باشد .

نام و نام خانوادگی : کدملی / شماره شناسنامه : زن متاهل مجرد مرد

نام پدر : تاریخ تولد : محل صدور : تلفن ثابت :

آدرس منزل : آدرس محل کار : تلفن همراه : کد اقتصادی : کد پستی :

بیمه شده

وضعیت سلامتی ، پزشکی

(بیمه شده محترم لطفاً به سوالات پزشکی زیر با دقت پاسخ دهید .)

بسیار مهم : چنانچه پاسخ هر یک از سوالات بیماری ها (بله) می باشد ، لطفاً اعلام فرمایید که :

قد : سانتی متر

وزن : کیلوگرم

* 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 ؟

در صورتی که پاسخ (بله) بود ، توضیح دهید .

<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	۱- آیا بیمه شده سابقه بیماریهای دستگاه تنفسی به مدت طولانی، تنگی نفس، آسم، خلط خونی یا چرکی و ... را دارا می باشد؟
<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	۲- بیماری قلب و عروق، به خصوص فشار خون، درد قفسه سینه، سکته قلبی، تنگی تنفس با فعالیت، واریس، تپش قلب یا ... را دارا می باشد؟
<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	۳- آیا بیمه شده سابقه بیماری خونی به خصوص کم خونی، خونریزی بدون علت و طولانی از هر قسمت از بدن یا سابقه تزریق خون را دارا می باشد؟
<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	۴- آیا بیمه شده دارای سابقه بیماریهای گوارشی شامل بیماری کبد، زردی (یرقان)، دردهای طولانی مدت شکمی، تهوع و استفراغ به مدت طولانی بیماریهای لوزالمعده (پانکراس) را دارا می باشد؟
<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	۵- بیماریهای کلیه و مجاری ادراری مانند مشکلات پروستات، دیدن خون در ادرار، سوزش ادرار، مشکل در ادرار، سنگ کلیه و ... را دارا می باشد؟
<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	۶- آیا بیمه شده سابقه بیماریهای داخلی اعصاب مانند تشنج، سکته مغزی، مشکلات حرکتی، فراموشی و ... را دارا می باشد؟
<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	۷- آیا بیمه شده سابقه بیماری های اعصاب و روان مانند اضطراب، تشویش، افسردگی، وسواس، سابقه خودکشی و ... را دارا می باشد؟
<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	۸- آیا بیمه شده سابقه بیماری های پوستی، خونریزی یا خونمردگی زیر پوستی، خال بزرگ در حال رشد، خال های تغییر یافته، زخم طول کشیده یا بهبود نیافته، غده های پوستی یا زیرجلدی و ... را دارا می باشد؟
<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	۹- آیا بیمه شده سابقه بیماری های چشمی، کاتاراکت ، خون مردگی یا کبودی دور چشم، ضربه به چشم، پارگی مویرگ های چشم، تاری دید دوربینی، کاهش بینایی، انحراف چشم، ضعف چشم و ... را دارا می باشد؟
<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	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؟
<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	۱۱- بیماری های غدد داخلی و تیروئید، دیابت، تغییر وزن، کاهش یا افزایش اشتها، تعریق فراوان، چربی خون بالا و را دارا می باشد؟
<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	۱۲- بیماری های عفونی مانند سل ، هیاتیت ، حصبه، تب مالت ، مالاریا، ایدز، کیست هیداتیک، سرخچه، سرخک، ابله مرغان و ... را دارا می باشد؟
<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	۱۳- آیا بیمه شده 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 را دارا می باشد؟

۱۴- آیا بیمه شده به بیماری یا عارضه دیگری مبتلا می باشد؟

بله خیر

۱۵- 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 خیر

۱۶- آیا بیمه شده تاکنون سابقه بستری شدن در بیمارستان یا آسایشگاهی را دارد؟

بله خیر

۱۷- آیا بیمه شده سابقه تصادف یا حادثه یا سقوط دارد؟

بله خیر

۱۸- آیا بیمه شده در حال حاضر به علت بیماری و یا مورد خاص تحت مداوا یا مشاوره پزشکی قرار گرفته است؟

بله خیر

۱۹- آیا بیمه شده در شش ماه گذشته کاهش وزن داشته است؟

بله خیر

سوالات مربوط به بانوان



۲۰- بیمه شده خانم در حال حاضر در کدام یک از وضعیت های زیر میباشد؟

در دوران حاملگی در دوران شیردهی در دوران یائسگی در دوران قاعدگی سایر موارد

۲۱- آیا بیمه شده (خانم) بیماری خاص زنان نظیر خونریزی غیرطبیعی یا لکه بینی و ترشحات و ... را دارا می باشد؟

بله خیر

۲۲- آیا بیمه شده (خانم) دچار ترشح یا خونریزی، درد یا توده پستان و عدم تقارن در ناحیه سینه یا زیر بغل می باشد؟

بله خیر

۲۳- آیا بیمه شده (خانم) دچار عوارض و بیماری های ناشی از حاملگی و زایمان نظیر فشار خون حاملگی یا مسمومیت حاملگی، سقط جنین مول، عفونت ها و خونریزی های بعد از زایمان شده است؟

بله خیر

۲۴- آیا بیمه شده در یکسال اخیر به منظور اخذ بیمه نامه عمر و سرمایه گذاری از شرکت بیمه کار آفرین نسبت به انجام معاینات و آزمایشات پزشکی اقدام نموده و مورد تأیید پزشک بیمه گر قرار گرفته است؟

بله خیر

در صورتی که مورد تأیید قرار نگرفته اید ، علت آن را بنویسید .

از شرکت بیمه کارآفرین (سهامی عام) ، درخواست می شود بیمه نامه درمان با توجه به اطلاعات مورد درخواست مندرج در این پیشنهاد را با مشخصات زیر به مدت ۳۶۵ روز از ساعت ۲۴ موخ / / 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 می باشد ، در صورت هر نوع اظهار خلاف واقع ، بیمه گر می تواند نسبت به ابطال بیمه نامه اقدام نماید .

مهر و امضای نماینده / کارگزار :

امضای بیمه شده :

امضای بیمه گذار :

تاریخ : / /

تاریخ : / /

تاریخ : / /

محل مهر و امضای پزشک :

- صدور بیمه نامه از نظر وضعیت سلامتی متقاضی (بیمه شده) بلامانع می باشد
- صدور بیمه نامه از نظر وضعیت سلامتی متقاضی (بیمه شده) به صلاح نمی باشد

توضیحات :

تاریخ : / /

نظریه پزشک معتمد بیمه گر