



# پیشنهاد بیمه درمان انفرادی

پیشنهاد دهنده گرامی، خواهشمند است به تمامی پرسش‌های درج شده 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 درج شده 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.

<b>مشخصات بیمه‌گذار (حداقل ۱۸ سال تمام)</b>	نام خانوادگی: <input type="text"/>	نام خانوادگی: <input type="text"/>
	کد ملی: <input type="text"/>	کد ملی: <input type="text"/>
	شماره شناسنامه: <input type="text"/>	شماره شناسنامه: <input type="text"/>
	نام پدر: <input type="text"/>	نام پدر: <input type="text"/>
تاریخ تولد: <input type="text"/>	وضعیت تاهل: <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/> مجرد	جنسیت: <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن
شغل اصلی: <input type="text"/>	شغل فرعی: <input type="text"/>	
<b>(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.)</b>		
محل سکونت: استان: <input type="text"/>	شهر: <input type="text"/>	نشانی دقیق: <input type="text"/>
تلفن محل سکونت: (با ذکر کد شهر) <input type="text"/>	تلفن همراه: <input type="text"/>	کدپستی محل سکونت: <input type="text"/>
محل کار: استان: <input type="text"/>	شهر: <input type="text"/>	نشانی دقیق: <input type="text"/>
تلفن محل کار: (با ذکر کد شهر) <input type="text"/>	نسبت با بیمه‌شده: <input type="checkbox"/> خود شخص <input type="checkbox"/> سایر <input type="text"/>	کدپستی محل کار: <input type="text"/>

<b>مشخصات بیمه‌شده</b>	نام خانوادگی: <input type="text"/>	نام خانوادگی: <input type="text"/>
	کد ملی: <input type="text"/>	کد ملی: <input type="text"/>
	شماره شناسنامه: <input type="text"/>	شماره شناسنامه: <input type="text"/>
	نام پدر: <input type="text"/>	نام پدر: <input type="text"/>
تاریخ تولد: <input type="text"/>	وضعیت تاهل: <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/> مجرد	جنسیت: <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن
شغل اصلی: <input type="text"/>	شغل فرعی: <input type="text"/>	
<b>(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.)</b>		
محل سکونت: استان: <input type="text"/>	شهر: <input type="text"/>	نشانی دقیق: <input type="text"/>
تلفن محل سکونت: (با ذکر کد شهر) <input type="text"/>	تلفن همراه: <input type="text"/>	کدپستی محل سکونت: <input type="text"/>
محل کار: استان: <input type="text"/>	شهر: <input type="text"/>	نشانی دقیق: <input type="text"/>
تلفن محل کار: (با ذکر کد شهر) <input type="text"/>	کدپستی محل کار: <input type="text"/>	

<b>سوالات عمومی بیمه‌شده</b>	قد بیمه‌شده: <input type="text"/>	وزن بیمه‌شده: <input type="text"/>	کیلوگرم: <input type="text"/>
	وسعت انجام نظام وظیفه: <input type="checkbox"/> انجام خدمت وظیفه عمومی		
	در صورت معافیت، علت آن را با ذکر ماده و بند مربوطه شرح دهید؟		
	آیا از موتورسیکلت دنده‌ای استفاده می‌نمایید؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی، به‌ندرت <input type="checkbox"/> بلی، به‌طور مستمر (موارد استفاده را شرح دهید)		
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: <input type="text"/>			
آیا مسافرت مستمر انجام می‌دهید؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی (تعداد مسافرت ماهانه، وسیله نقلیه و مقصد را بیان نمایید)			
آیا سابقه کار یا فعالیت حرفه‌ای غیر از شغل ذکر شده را دارید؟ (شرح دهید)			
آیا به علت حرفه یا شغل خود در معرض مواد یا بخارات شیمیایی قرار گرفته و یا می‌گیرید؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی (شرح دهید)			
اگر فعالیت‌های جنبی دیگری انجام می‌دهید بیان نمایید؟			

۱. در صورتی که بیمه‌شده تحت پوشش بیمه درمان بیمه‌گر پایه باشد، اعلام آن در فرم پیشنهاد بیمه درمان انفرادی ضروری است.

۲. بیمه‌گر پایه به سازمان یا نهادی اطلاق می‌گردد که طبق قانون بیمه درمان همگانی، موظف به ارائه خدمات درمان پایه می‌باشد، مانند سازمان تامین اجتماعی، سازمان خدمات درمانی و ...

۳. امضاء کنندگان این پیشنهاد (بیمه‌گذار/ بیمه‌شده)، بعد از شنیدن توضیحات نماینده، به سوالات 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.

۴. هرگونه اظهار خلاف واقع و خودداری از واقع‌گویی به موجب قانون بیمه باعث باطل شدن قرارداد بیمه درمان انفرادی و از دست دادن مزایای آن خواهد شد.

سوابق 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 و نوع بیمه‌نامه را ذکر نمایید)

<b>بیمه‌گذار اطلاعات بانکی</b>	شماره حساب بانکی: <input type="text"/>	کد نمایندگی: <input type="text"/>
	شماره شبای بانکی: <input type="text"/>	مهر، امضاء و نام نمایندگی: <input type="text"/>
	نزد بانک: شعبه: <input type="text"/> (کد شعبه: <input type="text"/> ) به نام آقای/ خانم: <input type="text"/> واریز گردد.	تاریخ: <input type="text"/>
* 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.		

## پیشنهاد بیمه درمان انفرادی

شماره شناسایی سند : PI-2810-FR-110

شماره بازنگری: 01

ردیف	شرح بیماری	بلی	خیر		
۱	بیماری‌های دستگاه تنفسی (سرفه مزمن، آسم، تنگی نفس، خلط خونی یا چرکی و ...)				
۲	بیماری‌های قلب و عروق (درد قفسه سینه، تنگی نفس فعالیتی، سکنه 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، سکنه 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 در حال 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 غده، داخلی و تیروئید (تنبیه وزن، چاقی یا لاغری مفرط، تعریق فراوان، چربی خون بالا، دیابت و بیماری‌های تیروئید و ...)				
۱۲	بیماری‌های عفونی (سل، هیپاتیت، حبسه، تب مالت، مالاریا، ایدز، کیست هیداتیک و ...)				
۱۳	بیماری‌های استخوانی، عضلات و مفاصل (پوکی استخوان، دیسک کمر، ضعف عضلانی شدید و ...)				
ردیف	بیماری	بلی	خیر	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 باردار هستید؟			۳۱	آیا بیماری‌های زنانه دارید؟ (خون‌ریزی غیرطبیعی، لکه‌بینی و ترشحات و ...)
۳۲	آیا دچار ترشح، خون‌ریزی، درد در توده پستان و عدم تقارن در ناحیه سینه یا زیر بغل شده‌اید؟				
۳۳	آیا دچار عوارض و بیماری‌های ناشی از حاملگی و زایمان نظیر فشارخون حاملگی یا مسمومیت حاملگی، سقط جنین، مول، عفونت‌ها و خون‌ریزی‌های بعد از زایمان و ... شده‌اید؟				
۳۴	آیا در حال حاضر به علت بیماری یا مورد خاص تحت مداوا یا مشاوره پزشکی قرار دارید؟				
۳۵	آیا کسی از بستگان نزدیک شما به بیماری سل، تشنج، سرطان، بیماری قلبی، فشار خون، دیابت، نارسایی کلیه، سکنه 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.)				
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				
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 (بیمه‌شده) 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).					
وضعیت سلامت خانواده بیمه‌شده		سن		حیات / فوت	
افراد خانواده					
پدر				<input type="checkbox"/> حیات <input type="checkbox"/> فوت	
مادر				<input type="checkbox"/> حیات <input type="checkbox"/> فوت	
<input type="checkbox"/> خواهر / <input type="checkbox"/> برادر				<input type="checkbox"/> حیات <input type="checkbox"/> فوت	
<input type="checkbox"/> خواهر / <input type="checkbox"/> برادر				<input type="checkbox"/> حیات <input type="checkbox"/> فوت	
<input type="checkbox"/> خواهر / <input type="checkbox"/> برادر				<input type="checkbox"/> حیات <input type="checkbox"/> فوت	
محل امضاء		نام و امضای بیمه‌گذار:		نام و امضای بیمه‌شده:	
تاریخ:				تاریخ:	
تاریخ: / / ۱۳				تاریخ: / / ۱۳	
نظر پزشک معتمد		نام، امضاء و مهر پزشک معتمد:		کد نمایندگی	
تاریخ: / / ۱۳				مهر، امضاء و نام نمایندگی:	
				تاریخ: / / ۱۳	