

بیمه گذار محترم؛

در صورتی که متقاضی اخذ پوشش بیمه ای " معافیت بیمه گذار از پرداخت حق بیمه در صورت فوت به هر علت " هستید، خواهشمند است به همه پرسش‌های زیر با دقت پاسخ دهید. صحت و کامل بودن پاسخ‌های ارائه شده شرط اصلی ایفای تعهدات بیمه گر می باشد.

مشخصات بیمه گذار :

نام و نام خانوادگی:.....	نام پدر:.....	تاریخ تولد:.....
کد ملی:.....	شغل اصلی:.....	شغل فرعی:.....
جنسیت: زن <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/>	وضعیت تاهل: <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/>	تلفن:.....
نشانی منزل:.....		تلفن همراه:.....
نشانی محل کار:.....		تلفن:.....

سوالات پزشکی :

*** لطفا به سوالات زیر با دقت پاسخ دهید

در صورت مثبت بودن پاسخ هر یک از موارد ذیل با ذکر شماره سوال، تاریخ، مدت زمان بیماری ، عوارض به جا مانده و نام پزشک معالج را در انتهای سوالات پزشکی در قسمت توضیحات مرقوم فرمایید. .

۱-قد:..... سانتی متر وزن:.....کیلوگرم

۲- سابقه بیماری های دستگاه تنفسی مانند سرفه مزمن ، تنگی نفس به هنگام فعالیت ، آسم و خلط چرکی یا خونی بلی خیر

۳- سابقه بیماری های قلب و عروق بخصوص فشار خون و درد قفسه سینه ،سکته قلبی ،واریس بلی خیر

۴- سابقه بیماری های خونی ،سابقه تزریق خون ،کم خونی خونریزیهای بدون علت بلی خیر

۵- سابقه بیماری های گوارشی ،کبدی ، معده ، روده ، پانکراس ،دردهای مزمن شکمی ،خونریزی گوارشی ،تهوع و استفراغ مکرر،زردی بلی خیر

۶- سابقه بیماری های اعصاب و روان اضطراب ،افسردگی ،خودکشی بلی خیر

۷- سابقه بیماریهای داخلی اعصاب ،تشنج ،سکته مغزی ،مشکلات حرکتی ،فراموشی بلی خیر

۸- سابقه بیماری های کلیه ،مجاری ادرار،مشکلات پروستات ،خون در ادرار،سوزش ادرار،سنگ کلیه بلی خیر

۹- بیماری های گوش و حلق و بینی ،چشمی ،کاهش شنوایی ،خونریزی های بینی ،کاهش بینایی ،نابینایی ،سرگیجه بلی خیر

۱۰- سابقه بیماریهای پوستی ،خالهای بزرگ یا در حال رشد ،خالهای تغییر رنگ یافته ،ترمیم طولانی زخم ،خونریزی های زیرپوستی ،توده جلدی و غدد لنفاوی بزرگ شده بلی خیر

۱۱- سابقه بیماری های استخوانی ،عضلات و مفاصل ،دردهای عضلانی ،دردهای ستون فقرات بلی خیر

۱۲- سابقه بیماری های غدد داخلی نظیر : تیروئید و دیابت ،چربی خون بالا بلی خیر

۱۳- سابقه بیماری های عفونی مانند سل ،هیپاتیت ،حصه ،تب مالت ،مالاریا ،ایدز، کیست هیداتیک بلی خیر

۱۴- آیا به بیماری و عارضه دیگری مبتلا شده اید که در این پرسشنامه ذکر نشده باشد ؟ بلی خیر

توضیحات:

پرسشنامه سلامت بیمه گذار سینابان

ادامه سوالات پزشکی:

- ۱۵- آیا مورد عمل جراحی قرار گرفته اید؟
 نوع عمل، زمان و نتیجه آن:
- بلی خیر
- ۱۶- آیا دچار نقص عضو شده اید؟ در صورتی که پاسخ مثبت است در چه ناحیه ای؟
- بلی خیر
- ۱۷- آیا دچار از کارافتادگی شده اید؟ در صورتی که پاسخ مثبت است به چه میزان؟
- بلی خیر
- ۱۸- آیا سابقه بستری شدن در بیمارستان یا آسایشگاه روانی را دارید؟
- بلی خیر
- ۱۹- آیا از دارو برای بیماری طولانی مدت استفاده کرده یا می کنید؟
 نوع دارو:
 میزان مصرف و مدت آن:
 ۲۰- آیا سابقه مصرف سیگار، مواد مخدر، مشروبات الکلی و... را دارید؟
 نوع مصرف؟ مدت استفاده:
 میزان مصرف روزانه؟
- بلی خیر
- ۲۱- آیا کسی از بستگان درجه اول شما به بیماری سل، سرطان، تشنج، بیماری قلبی، فشار خون، مرض قند، نارسائی کلیه، سکته مغزی، بیماری مادرزادی یا بیماری روحی و عصبی مبتلا بوده یا می باشد؟
- ۲۲- اگر اعضای خانواده شما در قید حیات هستند، چه سنی دارند؟ سن مادر سن پدر
- ۲۳- اگر پدر و مادر شما در قید حیات نیستند، در چه سنی و به چه علت فوت کرده اند؟
 سن فوت پدر علت فوت پدر
 سن فوت مادر علت فوت مادر
- سن فوت خواهران علت فوت خواهران (ان)
 سن فوت برادران (ان) علت فوت برادران (ان)
- توضیحات:

اینجانب اعلام می دارم که به کلیه سوالات فوق با صداقت و به نحو کامل پاسخ داده و از پوشش بیمه نامه عمر سینابان اطلاع کامل حاصل نموده و اعلام می نمایم که پاسخهای ارائه شده کاملاً درست و عین واقعیت بوده و مطلع می باشم که هر گونه اظهار خلاف واقع و خودداری از واقع گوئی به موجب قانون بیمه باعث باطل شدن پوشش بیمه ای و از دست دادن مزایای آن خواهد شد. ضمناً بیمه گر یا پزشکان معتمد اجازه دارند هر گونه اطلاعی را که راجع به وضع مزاجی و سلامت اینجانب نیاز باشد کسب نمایند.

تاریخ تکمیل پرسشنامه:

امضاء و اثر انگشت بیمه گذار: