

پوشش درمان انفرادی جامع مخصوص بیمه شدگانی است که دارای بیمه نامه عمر و سرمایه گذاری معتبر نزد بیمه سینا هستند. بنابراین، در صورت تمایل به اخذ پوشش درمان انفرادی جامع، ضروری است این پرسش‌نامه را به همراه فرم پیشنهاد بیمه درمان انفرادی جامع با صداقت تکمیل و به بیمه گر ارائه نمایند. لازم به توضیح است تکمیل این پرسش‌نامه و فرم پیشنهاد تعهدی برای بیمه گر ایجاد نمی نماید.

**مشخصات بیمه گذار:**

نام و نام خانوادگی: ..... کدملی: ..... تاریخ تولد: .....  
 شماره بیمه نامه عمر و سرمایه گذاری: ..... نسبت با بیمه شده: ..... تلفن همراه: .....  
 نشانی و تلفن منزل: .....

**مشخصات بیمه شده (چنانچه بیمه شده و بیمه گذار یک شخص باشد، تکمیل این قسمت ضرورتی ندارد):**

نام و نام خانوادگی: ..... کدملی: ..... تاریخ تولد: .....  
 نشانی و تلفن منزل: .....

**سوالات عمومی و پزشکی:** این سوالات مخصوص بیمه شده است. لذا خواهشمند است با توجه به وضعیت سلامتی بیمه شده به تمامی پرسش های زیر با دقت کامل پاسخ دهید.

- | بله                      | خیر                      | سوال  |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ۱ وزن: ..... کیلوگرم ..... قد: ..... سانتیمتر   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ۲ در رابطه با وضعیت نظام وظیفه، آیا دارای معافیت پزشکی هستید؟ علت: .....  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ۳ آیا در حال حاضر بیمه درمان دیگر و یا پیشنهاد در جریان صدور دارید؟ چه نوع؟ ..... کدام شرکت؟ ..... میزان سقف تعهدات؟ .....                                      |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ۴ آیا تاکنون پیشنهاد بیمه درمان به شرکت بیمه ای داده اید که مورد قبول واقع نشده باشد؟ علت آن را توضیح دهید .....  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ۵ آیا سابقه مصرف سیگار، مواد مخدر و ... را دارید؟ نوع مصرف: ..... مدت استفاده: ..... تاریخ آخرین استفاده؟ ..... میزان مصرف روزانه: .....                        |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ۶ آیا داروی خاصی را برای بیش از ۳ ماه مصرف نموده اید؟ نام دارو: ..... علت استفاده: .....  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ۷ آیا در سه سال گذشته وزن شما تغییر کرده است؟ اضافه شده است <input type="checkbox"/> کم شده است <input type="checkbox"/> مقدار: ..... کیلو گرم ..... علت: ..... |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ۸ آیا ظرف ۳ سال گذشته بستری یا عمل جراحی داشته اید؟   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ۹ آیا در بین افراد خانواده شما کسی به سل، بیماری های قلبی، بیماری قند، روحی و عصبی، سرطان، انواع سکتته و یا بیماری های مسری مبتلا بوده است؟                     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ۱۰ سابقه ابتلا به بیماری های دستگاه تنفسی، سرفه مزمن، برونشیت مزمن، سرطان ریه، فیبروز ریه، نارسایی شدید تنفسی، آسم و غیره                                       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ۱۱ سابقه ابتلا به بیماری های قلب و عروق، فشار خون بالا، سرگیجه، دیابت، چربی خون و بالا بودن کلسترول و یا ناراحتی های مرتبط با قلب و عروق                        |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ۱۲ سابقه بیماری های عفونی مانند سل، هیپاتیت، حصه، تب مالت، مالاریا، ایدز، کیست هیداتیک و غیره   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ۱۳ سابقه ابتلا به بیماری های سرطانی، غددی مانند تیروئید و غیره  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ۱۴ سابقه بیماری های خونی، لنفوم، لوسمی، هموفیلی، اختلال انعقاد خون، سابقه تزریق خون، غده لنفاوی بزرگ شده، کم خونی، نقض ایمنی مادرزادی، آنمی آپالستیک تالاسمی    |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ۱۵ سابقه بیماری های گوارشی، سیروز کبدی، هیپاتیت مزمن، دردهای مزمن شکمی، نارسایی های کبدی، پانکراس، خونریزی گوارشی و غیره  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ۱۶ سابقه بیماری های اعصاب و روان: اسکیزوفرنی، اختلال خلق، دو قطبی، افسردگی شدید، اضطراب، اقدام به خودکشی، سایر  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ۱۷ سابقه بیماری های عصبی و شوکی، صرع(تنج)، سکتته مغزی، MS، بیماری های بی حسی و فلجی، تومور مغزی، کما، فراموشی، عدم تعادل روانی، بیماری پارکینسون، آلزایمر       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ۱۸ سابقه اختلالات هورمونی، بیماری های ریوی، یرقان، کلیوی، بیماری های مقاربتی، دستگاه تناسلی و یا هر نوع بیماری داخلی، عفونی یا خونی دیگر.                       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ۱۹ آیا در حال حاضر دچار نقص عضو یا ازکارافتادگی هستید؟ چند درصد؟ ..... در کدام ناحیه؟ .....   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ۲۰ سابقه ابتلا به بیماری و عارضه دیگری که در سوالات بالا ذکر نشده است.  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | مخصوص خانم ها:  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ۲۱ سابقه ابتلا به بیماری های زنان   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ۲۲ آیا در حال حاضر باردار هستید؟  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ۲۳ سابقه ترشح یا خونریزی، درد یا توده در پستان و عدم تقارن در ناحیه سینه و یا زیر بغل   |

\*در صورت مثبت بودن پاسخ هر یک از سوالات ردیف های ۸ تا ۲۳، لطفاً ردیف، نام بیماری، تاریخ و نام پزشک معالج را مرقوم فرمایید.

اینجانب به عنوان بیمه گذار و بیمه شده مفاد و شرایط عمومی بیمه نامه را مطالعه نموده و به همه سوالات با صداقت پاسخ داده و اطلاع داریم که هر گونه اظهار خلاف واقع به موجب قانون بیمه باعث ابطال و یا فسخ قرارداد شده و ضمن اطلاع از حدود تعهدات خود و بیمه گر تقاضای صدور آن را داریم.

نام، امضا و اثر انگشت بیمه شده:  
 تاریخ:  
 توجه: چنانچه سن بیمه شده کمتر از ۱۸ سال باشد امضا فرم توسط ولی یا قیم قانونی ایشان الزامی است.

نام، امضا و اثر انگشت بیمه گذار:  
 تاریخ:

**این قسمت توسط نماینده فروش تکمیل شود**

- |  |   |
|--|---|
| ۱. آیا بیمه‌شده را شخصاً رویت نموده‌اید؟   | <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر |
| ۲. به نظر شما بیمه‌شده در حال حاضر از سلامت کامل برخوردار می‌باشد؟                           | <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر |
| ۳. آیا در مورد شرایط بیمه نامه اطلاعات کامل را در اختیار بیمه‌گذار و بیمه‌شده قرار داده اید؟ | <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر |
| ۴. آیا صحت امضای بیمه‌شده و بیمه‌گذار را تایید می‌نمایید؟                                    | <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر |

**نظر کارشناس / پزشک معتمد بیمه گر**

نام کارشناس / پزشک معتمد ..... تاریخ و امضا