

**فرم پیشنهاد و پرسشنامه درمان انفرادی**

مفاضی گرامی، خواهشمند است به کلمه پرستی‌های مندرج در این فرم با دقت و صداقت پاسخ دهید و سپس امضاء فرمایید. در صورت صدور بیمه‌نامه، شرما اصلی اعتبار لی صحت اطلاعات مندرج در این فرم و پاسخ‌های شما است و به آن استناد خواهد شد. همچنین، تکمیل این فرم هیچ محدودیتی برای بیمه‌گر ایجاد نمی‌کند. فرم پیشنهاد من بابت صدور هرگونه حتماً خود را به لاک گرفتگی، خرواشدگی، دوسا، مویسی و سایر محدودیت‌ها تکمیل کرده و شماره سریال

لطفاً اطلاعات درخواستی ذیل را با دقت تکمیل فرمائید:

نام و نام خانوادگی: \_\_\_\_\_ تاریخ تکمیل (مدت اعتبار پرسشنامه یک ماه از تاریخ تکمیل است): \_\_\_\_\_  
 کد ملی: \_\_\_\_\_ تاریخ تولد: \_\_\_\_\_ نام پدر: \_\_\_\_\_  
 نام بیمه‌گر پایه: \_\_\_\_\_ نام معرف: \_\_\_\_\_ نام طرح درخواستی: \_\_\_\_\_  
 وضعیت تاهل: \_\_\_\_\_ تلفن همراه: \_\_\_\_\_ جنسیت: \_\_\_\_\_ قد: \_\_\_\_\_ سانتیمتر وزن: \_\_\_\_\_ کیلوگرم

آیا به ناراحتی یا بیماری‌های زیر مبتلا بوده یا هستید؟ در صورت مثبت بودن پاسخ هر یک از موارد زیر، تاریخ بروز و مدت زهان بیماری و عوارض به جا مانده را بنویسید.

۱- بیماری‌های دستگاه تنفس:  سل ریوی  برونشیت مزمن  سرطان ریه  فیبروز ریه  
 نارسایی شدید تنفسی  آسم  آلرژی  فاقد بیماری

سایر: \_\_\_\_\_

۲- بیماری‌های قلب و عروق:  فشارخون بالا  سکنه قلبی  درد قفسه سینه  سابقه جراحی قلب باز  تنگی یا نارسایی دریچه قلبی  
 آریتمی قلبی  بیس میکرو قلبی  سابقه آنژیوپلاستی (استنت و بالون)  آنژیوگرافی  جراحی پیوند آئورت  جراحی قلب باز  کاردیومسوباتی  
 نارسایی قلبی  واریس  اختلالات عروقی  جراحی عروقی  فاقد بیماری

سایر: \_\_\_\_\_

۳- بیماری‌های خونی:  لنفوم  لوسمی  هموفیلی  اختلال انعقاد خون  سابقه تزریق خون  
 غده لنفاوی بزرگ شده  نقص ایمنی  آنمی آپلاستیک  تالاسمی  بزرگی طحال  سرطان خون  
 فاقد بیماری

سایر: \_\_\_\_\_

۴- بیماری‌های گوارشی:  سیروز و نارسایی کبدی  هپاتیت مزمن  واریس مری  بیماری‌های التهابی روده (کرون و کولیت اولسرو)  
 پانکراتیت  زخم یا ورم معده  سنگ کیسه صفرا  خونریزی‌های گوارشی  تهوع و استفراغ مکرر  زردی  
 دردهای مزمن شکمی  فتق شکمی  پولیپ روده  فاقد بیماری

سایر: \_\_\_\_\_

۵- بیماری‌های اعصاب و روان:  اسکیزوفرنی  اختلال خلق دو قطبی  افسردگی  اضطراب  اقدام به خودکشی  
 وسواس  فاقد بیماری

سایر: \_\_\_\_\_

۶- بیماری‌های مغز و اعصاب:  (صرع) تشنج  سابقه سکنه مغزی  حمله‌گذاری مغزی  MS (مولتیپل اسکلروز)  بیماری‌های به‌حسی و فلجی  
 آلزایمر  اختلالات عروق مغزی  قراموشی  بیماری پارکینسون  بیماری ALS  تومور مغزی  
 کما  معلولیت ذهنی  فاقد بیماری

سایر: \_\_\_\_\_

۷- بیماری‌های کلیه و مجاری ادرار:  نارسایی مزمن کلیه  اختلالات مجاری ادراری  عفونت‌های ادراری راجعه  خونریزی در ادرار  
 سنگ کلیه و مجاری ادراری  دیالیز  فاقد بیماری

سایر: \_\_\_\_\_

۸- بیماری‌های استخوان و مفاصل:  آرتروز و ساییدگی مفاصل  لوپوس  شوگرن  خشکی و درد مفاصل  
 دردهای عضلانی  اسپوندیلیت آنکلیوزان  انحراف ستون مهره‌ها  روماتیسم مفصلی  بوکی استخوان  بیرون‌زدگی دیسک مهره‌ها  
 سابقه شکستگی  وجود پیچ و پلاک در بدن  بدشکلی (انحراف) اندام‌ها  درد کمر  تنگی کانال نخاعی  فاقد بیماری

سایر: \_\_\_\_\_

۹- بیماری های پوستی:  بیماری بهجت  بملفیگوس  ایکتهوز پوستی  خال های بزرگ یا در حال رشد یا خال های تغییر رنگ یافته  زخم طول کشیده  سوختگی درجه ۳  سارکونیدوز  بسوریزیس  خونریزی های زیر پوستی  لیکن پلان  آلرژی و حساسیت های پوستی  فاقد بیماری

سایر: \_\_\_\_\_

---

۱۰- بیماری های گوش و حلق و بینی و چشم:  کاشت حلزون شنوایی  سرگیجه  کاتاراکت  فاقد بیماری  کاهش شنوایی  خونریزی های بینی  بیماری های شبکه ژ حمله خونریزی یا جدشدگی شبکه  کاهش بینایی  ناشنوایی  نابینایی  گلوکوم

سایر: \_\_\_\_\_

---

۱۱- بیماری های غدد داخلی:  دیابت  بیماری های هیپوفیز  افزایش پرولاکتین  فاقد بیماری  بیماری تیروئید  فاقد بیماری  کاهش یا افزایش اشتها  چربی خون بالا  بیماری فوق کلیوی

سایر: \_\_\_\_\_

---

۱۲- بیماری های دستگاه تناسلی مردان:  هایدروسل  واریکوسل  فاقد بیماری  هایدروسل  فاقد بیماری  سابقه پیچ خوردگی بیضه  مشکلات پروستات  فتنق

سایر: \_\_\_\_\_

---

۱۳- سابقه بیماری های زنان:  کیست تخمدان  میوم یا فیروم رحم  توده یا کیست پستان  هرگونه ترشح از پستان و یا تغییر شکل پستان  سقط جنین  سابقه خونریزی های غیر معمول  آنندومتریوز  فاقد بیماری  افتادگی رحم

سایر: \_\_\_\_\_

---

۱۴- سابقه بیماری های عفونی:  سل  ایدز  هیپاتیت  کیست هیداتیک  کرونای منجر به بستری  بروسلوز  بیماری های عفونی (گنوره، سفلیس، شائکروئید و...)  مالاریا  فاقد بیماری

سایر: \_\_\_\_\_

---

۱۵- سابقه پیوند اعضا بدن:  بلی  خیر

نام عضو پیوندی: \_\_\_\_\_ تاریخ پیوند: \_\_\_\_\_

---

۱۶- سابقه نازایی:  بلی  خیر

در صورت پاسخ مثبت اقدامات درمانی ذکر شود: \_\_\_\_\_

---

۱۷- سابقه تومور یا کانسر (سرطان):  بلی  خیر

نام محل تومور یا سرطان: \_\_\_\_\_ مدت بروز: \_\_\_\_\_

---

۱۸- آیا سابقه بستری در بیمارستان یا آسایشگاه را دارید:  بلی  خیر

در صورت پاسخ مثبت علت بستری ذکر شود: \_\_\_\_\_

---

۱۹- آیا مورد عمل جراحی قرار گرفته اید:  بلی  خیر

عمل، زمان و نتیجه آن: \_\_\_\_\_

---

۲۰- آیا دچار نقص عضو شده اید:  بلی  خیر

در چه ناحیه ای: \_\_\_\_\_

---

۲۱- آیا دچار از کار افتادگی شده اید:  بلی  خیر

به چه میزان: \_\_\_\_\_

---

۲۲- آیا از سیگار، مشروبات الکلی و مواد مخدر و یا محرک استفاده کرده یا می کنید:  بلی  خیر

در صورت ترک مدت زمان آن: \_\_\_\_\_ نوع اعتیاد: \_\_\_\_\_ میزان مصرف و مدت زمان آن: \_\_\_\_\_

۲۳- آیا از دارویی برای بیماری‌ای به مدت طولانی استفاده کرده یا می‌کنید:  
نوع دارو: \_\_\_\_\_ میزان مصرف و مدت آن: \_\_\_\_\_

خیر  بلی

۲۴- آیا کسی از بستگان درجه اول شما بیماری سل، سرطان، بیماری قلبی، فشار خون، مرض قند، نارسایی کلیه، سکته مغزی، بیماری مادرزادی یا بیماری روحی و عصبی مبتلا بوده یا می‌باشند:  
نسبت و نام بیماری: \_\_\_\_\_

خیر  بلی

۲۵- آیا در حال حاضر باردار هستید؟

خیر  بلی

۲۶- نیاز به هرگونه عمل جراحی تشخیص داده شده توسط پزشک در یک سال آینده دارید؟  
نوع عمل: \_\_\_\_\_

خیر  بلی

۲۷- نیاز به هرگونه درمان خاص که در حال حاضر پزشک تشخیص داده است؟  
نوع درمان: \_\_\_\_\_

خیر  بلی

۲۸- به غیر از موارد مذکور در این پرسشنامه، آیا سابقه ابتلا به هرگونه بیماری دیگری را داشتند؟  
در صورت پاسخ مثبت لطفاً موارد را ذکر نمایید: \_\_\_\_\_

خیر  بلی

اطلاعات حساب بیمه شده:

نام بانک: \_\_\_\_\_ شماره شبا: \_\_\_\_\_ نوع حساب: \_\_\_\_\_

شماره حساب: \_\_\_\_\_ مالک حساب: \_\_\_\_\_

اطلاعات حساب سرپرست قانونی برای بیمه‌شدگان زیر ۱۸ سال ثبت گردد

تاریخ، مهر و امضاء بیمه‌گذار: