پرسشنامه گواهی سلامت

بیمه سامان
Saman Insurance

شماره سریال:
کد شناسه:

کد فرم: PIF004
تجدید نظر: 06
صفحه: ۱ از ۲

نام و نام خانوادگی بیمه‌گذار: ..... تاریخ تکمیل: / / (مدت اعتبار پرسشنامه یک‌ماه از تاریخ تکمیل می‌باشد)

مشخصات متقاضی پوشش بیمه‌ای (اطلاعات بیمه‌شده)

■ نام و نام خانوادگی بیمه‌شده: ..... ■ نام پدر: ..... ■ جنسیت: زن ☐ مرد ☐ ■ تاریخ تولد: / /
■ شماره شناسنامه: ..... ■ محل تولد: ..... ■ محل صدور: ..... ■ کد ملی: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
■ وضعیت تاهل: مجرد ☐ متاهل ☐ ■ تابعیت: .....
■ میزان تحصیلات: دیپلم/زیر دیپلم ☐ فوق دیپلم/لیسانس ☐ فوق لیسانس ☐ دکتری ☐
■ نشانی: ..... منطقه شهرداری(در صورتیکه بیمه‌گذار ساکن تهران است): .....
■ تلفن ثابت: ..... ■ تلفن همراه: ..... ■ ایمیل: .....

لطفا موارد پزشکی زیر را به دقت مطالعه و همه موارد را تکمیل فرمایید.

● **وزن:** ..... **کیلوگرم** ● **قد:** ..... **سانتیمتر**

● **آیا به ناراحتی یا بیماری‌های زیرمبتلا بوده یا می‌باشید؟ درصورت مثبت بودن پاسخ هر یک از موارد زیر، تاریخ بروز و مدت زمان بیماری و عوارض به‌جا مانده را بنویسید.**

۱- **بیماری‌های دستگاه تنفسی:** سل ریوی ☐ برونشیت مزمن ☐ سرطان ریه ☐ فیبروز ریه ☐ نارسایی شدید تنفسی ☐ آسم ☐
فاقد بیماری ☐ سایر: .....

۲- **بیماری‌های قلب و عروق:** فشار خون بالا ☐ سکته قلبی ☐ حمله قلبی ☐ سابقه جراحی قلب باز ☐ تنگی یا نارسایی دریچه قلبی ☐ آریتمی قلبی ☐
پیس میکر دائم قلبی ☐ سابقه آنژیو پلاستی ☐ کوارکتاسیون آئورت ☐ قراردادن استنت در عروق ☐ جراحی پیوند آئورت ☐ کاردیومیوپاتی ☐
فاقد بیماری ☐ سایر: .....

۳- **بیماری‌های خونی:** لنفوم ☐ لوسمی ☐ هموفیلی ☐ اختلال انعقاد خون ☐ سابقه تزریق خون ☐ غده لنفاوی بزرگ شده ☐
نقص ایمنی مادرزادی ☐ آنمی آپلاستیک ☐ تالاسمی ☐ فاقد بیماری ☐ سایر: .....

۴- **بیماری‌های گوارشی:** سیروز کبدی ☐ هپاتیت مزمن ☐ واریس مری ☐ بیماری‌های التهابی روده (کرون وکولیت اولسرو) ☐ پولیپوزفامیلیال ☐
خونریزی های گوارشی ☐ تهوع و استفراغ مکرر ☐ زردی ☐ دردهای مزمن شکمی ☐ نارسائی‌های کبدی ☐ پانکراتیت ☐
فاقد بیماری ☐ سایر: .....

۵- **بیماری‌های اعصاب و روان:** اسکیزوفرنی ☐ اختلال خلق دو قطبی ☐ افسردگی شدید ☐ اضطراب ☐ اقدام به خودکشی ☐ فاقد بیماری ☐
سایر: .....

۶- **بیماری‌های اعصاب:** (صرع) تشنج ☐ سابقه سکته مغزی ☐ حمله‌گذاری مغزی ☐ MS (مولتیپل اسکلروز) ☐ بیماری‌های بی‌حسی و فلجی ☐
آلزایمر ☐ آنوریسم مغزی ☐ فراموشی ☐ بیماری پارکینسون ☐ ALS ☐ تومور مغزی ☐ کما ☐ معلولیت ذهنی با ضریب هوشی زیر ۵۰ ☐
فاقد بیماری ☐ سایر: .....

۷- **بیماری‌های کلیه و مجاری ادرار:** نارسایی مزمن کلیه ☐ مجاری ادراری ☐ مشکلات پروستات ☐ خون در ادرار ☐ سنگ کلیه ☐
فاقد بیماری ☐ سایر: .....

۸- **بیماری‌های استخوان و مفاصل:** آرتریت روماتوئید ☐ لوپوس ☐ شوگرن ☐ خشکی و درد مفاصل ☐ دردهای عضلانی ☐ اسپوندیلیت آنکیلوزان ☐
فاقد بیماری ☐ بدشکلی(انحراف) اندام‌ها ☐ نام عضو: ..... سایر: .....

۹- **بیماری‌های پوستی:** بیماری بهجت ☐ پمفیگوس ☐ ایکتیوزپوستی ☐ خال‌های بزرگ یادرحال رشد ☐ خال‌های تغییررنگ یافته ☐ زخم طول کشیده ☐
توده جلدی ☐ سوختگی درجه ۳ ☐ سارکوئیدوز ☐ پسوریازیس عارضه دار مقاوم به درمان ☐ خونریزی‌های زیرپوستی ☐ فاقد بیماری ☐
سایر: .....

۱۰- **بیماری‌های گوش و حلق و بینی و چشم:** کاهش شنوایی ☐ خونریزی‌های بینی ☐ کاهش بینایی ☐ نابینایی ☐ کاشت حلزون شنوایی ☐
سرگیجه ☐ خونریزی یا جداشدگی شبکیه ☐ فاقد بیماری ☐ سایر: .....
درصورت کاهش بینایی، اپتومتری جدید و درصورت کاهش شنوایی، تست شنوایی سنجی جدید ضمیمه گردد.

۱۱- **بیماری‌های غدد داخلی:** دیابت ☐ هیپریا هیپوتیروئیدی ☐ کاهش یا افزایش اشتها ☐ چربی خون بالا ☐ دیابت وابسته به انسولین ☐
فاقد بیماری ☐ سایر: .....

۱۲- **سابقه بیماری‌های عفونی:** سل ☐ هپاتیت ☐ مالاریا ☐ ایدز ☐ کیست هیداتیک ☐ فاقد بیماری ☐ سایر: .....

۱۳- **سابقه تومور یا کانسر (سرطان):** بلی ☐ خیر ☐ نام محل تومور یا سرطان: ..... مدت بروز: .....

بیمه سامان
Saman Insurance

کد فرم: PIF004
تجدید نظر: 06
صفحه: ۲ از ۲

۱۴- سابقه پیوند اعضاء بدن: بلی☐ خیر☐ نام عضو پیوندی: ..... تاریخ پیوند: .....

۱۵- بیماری‌های دهان و دندان: دندان پوسیده☐ درد دندان☐ بیماری‌های دهان و لثه☐ فاقد بیماری☐

سایر: .....

۱۶- سابقه نازایی و یا ناباروری (در بازه سنی ۱۵ تا ۵۵ سال برای هر دو جنسیت پاسخ داده شود): بلی☐ خیر☐

درصورت پاسخ مثبت، اقدامات درمانی ذکر شود: .....

۱۷- سابقه بیماری‌های زنان: کیست‌تخمدان☐ فیبروم‌رحم☐ PCO☐ یائسگی☐ خونریزی‌های‌غیرمعمول☐ سقط‌جنین☐ فاقدبیماری☐

سایر: .....

۱۸- آیا سابقه بستری در بیمارستان یا آسایشگاه را دارید: بلی☐ خیر☐ درصورت پاسخ مثبت علت بستری ذکر شود: .....

۱۹- آیا موردعمل جراحی قرار گرفته‌اید: بلی☐ خیر☐ عمل، زمان و نتیجه آن: .....

۲۰- آیا دچار نقص عضو شده‌اید: بلی☐ خیر☐ در چه ناحیه‌ای : .....

۲۱- آیا دچار از کار افتادگی شده‌اید: بلی☐ خیر☐ به چه میزان: .....

۲۲- آیا از سیگار استفاده کرده یا می‌کنید: بلی☐ خیر☐

در صورت ترک، مدت زمان آن: ..... میزان مصرف و مدت آن: .....

۲۳- آیا از دارویی برای بیماری‌ای به مدت طولانی استفاده کرده یا می‌کنید: بلی☐ خیر☐ نوع دارو : ..... میزان مصرف و مدت آن: .....

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

۲۵- آیا حامله می‌باشید؟ (در صورت مونث بودن): بلی☐ خیر☐

۲۶- نیاز به هرگونه عمل جراحی تشخیص داده شده توسط پزشک در یک سال آینده دارید؟ بلی☐ خیر☐ نوع عمل: .....

۲۷- نیاز به هرگونه درمان خاص که در حال حاضر پزشک تشخیص داده است؟ بلی☐ خیر☐ نوع درمان: .....

۲۸- به غیر از موارد مذکور در این پرسشنامه، آیا سابقه ابتلا به هرگونه بیماری دیگری را داشته اید؟ بلی☐ خیر☐

درصورت پاسخ مثبت لطفاً موارد را ذکر نمایید: .....

اطلاعات تکمیلی متقاضی پوشش بیمه‌ای

- آیا دارای فرزند می‌باشید؟ بلی☐ خیر☐ در صورت داشتن تعداد آنها را ذکر نمایید: .....
- آیا ورزش حرفه‌ای انجام می‌دهید؟ بلی☐ خیر☐ نوع ورزش: ..... میزان اشتغال: .....
- آیا بیمه عمر دارید؟ بلی☐ خیر☐ در صورت داشتن بیمه عمر نام شرکت بیمه‌ای را ذکرکنید: .....

اینجانب ..... **اعلام و تعهد می‌نمایم به کلیه سؤالات در کمال صداقت پاسخ داده‌ام و هیچ موضوعی را کتمان نکرده‌ام و در صورتی که خلاف آن ثابت شود حق هر گونه ادعا و نیز استفاده از مزایای این قرارداد از اینجانب ساقط خواهد گردید.**

تاریخ امضاء
بیمه‌شده/ولی بیمه‌شده/قیم قانونی بیمه‌شده

تذکر: در صورتی که بیمه‌شده به سن قانونی نرسیده باشد، نام بیمه‌شده می‌بایست ذکرشده و ولی/قیم قانونی بیمه‌شده امضاء نماید.

این قسمت توسط پزشک معتمد بیمه‌گر تکمیل خواهد شد.

صدور بیمه نامه نیاز به معاینه: دارد☐ ندارد☐

صدور بیمه نامه نیاز به آزمایش‌های پزشکی: دارد☐ ندارد☐

علت درخواست معاینه و آزمایشات پزشکی: سن بیمه شده☐ سرمایه بیمه☐ سایر☐

شرح: .....

.....

.....

.....

با توجه به بررسی پرسشنامه سلامت ..... آزمایشات انجام شده ..... صدور بیمه نامه: .....

بلامانع است☐ به صلاح بیمه گر نمی‌باشد☐ نیاز به بررسی دارد☐

توضیحات:

مهر و امضاء و تاریخ