



شماره ثبت ۲۰۰۷۲۲ (سهامی عام)

شماره ثبت ۲۰۰۷۲۲

پیشنهاد بیمه درمان خانواده

شماره شناسایی سند: PI32F059

شماره بازنگری: 00

پیشنهاد دهنده گرمی، خواهشمند است به کلیه پرسش‌های مندرج در این فرم با صداقت و به صورت کامل و خوانا پاسخ داده و سپس امضاء فرمائید. شرط اصلی اعتبار بیمه‌نامه در صورت صدور، صحت اطلاعات مندرج در این پیشنهاد و پاسخ‌های شما بوده و به آن استناد خواهد شد. ضمناً تکمیل این پیشنهاد هیچ تعهدی را برای بیمه‌گر ایجاد نمی‌نماید.

نام خانوادگی:										
نام خانوادگی:										
کد ملی:										
شماره شناسنامه:	نام پدر:	محل تولد:	محل صدور:							
وضعیت تاهل: <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/> مجرد	جنسیت: <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن	تحصیلات:								
شغل اصلی:	شغل فرعی:									
محل سکونت: استان:	شهر:	نشانی دقیق:								
تلفن محل سکونت: (با ذکر کد شهر)	کدپستی محل سکونت:	تلفن همراه:								
محل کار: استان:	شهر:	نشانی دقیق:								
تلفن محل کار: (با ذکر کد شهر)	کدپستی محل کار:	نسبت با بیمه‌شده: <input type="checkbox"/> خود شخص <input type="checkbox"/> سایر								

مشخصات بیمه‌گذار (حداقل ۱۸ سال تمام)

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

مشخصات بیمه‌شده

قد بیمه‌شده	سنتی متر.	وزن بیمه‌شده	کیلوگرم
وضعیت انجام نظام وظیفه: <input type="checkbox"/> انجام خدمت وظیفه عمومی <input type="checkbox"/> معافیت پزشکی <input type="checkbox"/> معافیت غیر پزشکی <input type="checkbox"/> سایر:			
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:			
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؟ (موارد استفاده را 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 (موارد استفاده را شرح دهید).			
اگر فعالیت‌های جنبی دیگری انجام می‌دهید بیان نمایید؟			

سوالات عمومی بیمه‌شده

توضیحات
۱. در صورتی که بیمه‌شده تحت پوشش بیمه درمان بیمه‌گر پایه باشد، اعلام آن در فرم پیشنهاد بیمه درمان خانواده ضروری است.
۲. بیمه‌گر پایه به هر سازمان یا نهادی که طبق قانون بیمه درمان همگانی، موظف به ارائه خدمات درمان پایه می‌باشد، اطلاق می‌گردد. مانند سازمان تامین اجتماعی، سازمان خدمات درمانی و ...
۳. امضاءکنندگان این پیشنهاد (بیمه‌گذار، بیمه‌شده)، بعد از استماع 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 نموده‌اند.
۴. هرگونه اظهار خلاف واقع و خودداری از واقع‌گویی به موجب قانون بیمه باعث باطل شدن قرارداد بیمه درمان خانواده و از دست دادن مزایای آن خواهد شد.

سوابق بیمه‌ای
آیا دارای بیمه‌گر پایه می‌باشید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر (در صورت مثبت بودن، نام بیمه‌گر و نوع بیمه‌نامه را ذکر نمایید).
آیا دارای بیمه درمان تکمیلی می‌باشید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر (در صورت مثبت بودن، نام بیمه‌گر و نوع بیمه‌نامه را ذکر نمایید).

اطلاعات بانکی بیمه‌گذار	شماره حساب بانکی										
	شماره شبای بانکی	I R									
اطلاعات بانکی بیمه‌گذار	نزد بانک	شعبه (کدشعبه) به نام آقای/خانم واریز گردد.									
	درج شماره حساب بانکی ایران (شبا) الزامی می‌باشد.	مسئولیت هرگونه اشتباه در اعلام شماره حساب، نام صاحب حساب و سایر مشخصات حساب بانکی جهت واریز مبلغ فوق‌الذکر، متوجه بیمه‌گذار خواهد بود.									
تاریخ:	۱۳...../...../۱۳.....										

ردیف	بیماری	بلی	خیر				
۱	بیماری‌های دستگاه تنفسی (سرفه مزمن، آسم، تنگی نفس، خلط خونی یا چرکی و ...)						
۲	بیماری‌های قلب و عروق (درد قفسه‌سینه، 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، مشکلات حرکتی، فراموشی 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 طول‌کشیده 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 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 (تغییر وزن، کاهش یا افزایش اشتها، تعریق فراوان، چربی خون بالا و ...)						
۱۲	بیماری‌های عفونی (سل، هیپاتیت، حصه، تب مالت، مالاریا، ایدز، کیست هیداتیک، سرخچه، سرخک، آبله مرغان و ...)						
۱۳	بیماری‌های استخوانی، عضلات و مفاصل و ...						
ردیف	بیماری	بلی	خیر	ردیف	بیماری	بلی	خیر
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 تاکنون 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 ...)		
مخصوص بانوان							
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؟						
سایر موارد							
۳۵	آیا کسی از بستگان نزدیک شما به بیماری سل، تشنج، سرطان، بیماری قلبی، فشارخون، دیابت، نارسایی کلیه، سکنه مغزی، بیماری مادرزادی و یا بیماری روحی و عصبی مبتلا بوده یا می‌باشد؟						
۳۶	در صورت استفاده از موارد ذکر شده، مقدار، نوع و مدت مصرف را اعلام نمایید. <input type="checkbox"/> دخانیات (سیگار، قلیان، ...)						
در صورت مثبت بودن هر کدام از سئوالات فوق 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 را ذکر فرمایید).							
سوابق بیماری							
محل امضاء							
نام بیمه‌گذار:				نام بیمه شده:			
امضاء بیمه‌گذار:				امضاء بیمه شده:			
تاریخ:				تاریخ:			
نظر پزشک معتمد							
کد نمایندگی				مهر، امضاء و نام نمایندگی			
تاریخ: ۱۳...../...../.....				تاریخ: ۱۳...../...../.....			