پارسیان (سهامی عام)

پیشنهاد بیمه درمان خانواده

شماره شناسایی: PI32F059

شماره بازنگری: 00

از شرکت بیمه پارســـــیان (سهامی عام)، درخواست می شود بیمه نامه درمان خانواده با توجه به اطلاعات مورد درخواست مندرج در این پیشنهاد، برای بیمه گذار با مشخصات زیر به مدت روز از ساعت مورخ تا ساعت مورخ صادر نماید.

مشخصات بیمه نامه

نام بیمه گذار: کد ملی: تلفن :

نشانی: شماره اقتصادی :

تلفن همراه : کدپستی :

نماینده/ کارگزار:

کد نماینده :

مشخصات بیمه گذار

نام و نام خانوادگی کد ملی : شماره حساب بانکی :

نام پدر : جنسیت : زن ☐ مرد ☐

تاریخ تولد: روز ماه سال شماره شناسنامه : محل صدور :

وضعیت تاهل : متاهل ☐ مجرد ☐ طرح درخواستی :

نشانی منزل وکد پستی : تلفن :

نشانی محل کاروکد پستی : تلفن :

وضعیت پزشکی

قد	سانتی متر	وزن	کیلوگرم

بیماریهای دستگاه تنفسی بخصوص سرفه به مدت طولانی، تنگی نفس ، آسم،خلط خونی یا چرکی و.....خیر☐ بلی☐

بیماری قلب و عروق بخصوص فشارخون ،دردقفسه سینه ،سکته قلبی،تنگی نفس با فعالیت ،واریس،تپش قلب ،و.....خیر☐ بلی☐

بیماری خونی بخصوص کم خونی خونریزی بدون علت و طولانی از هر قسمت بدن سابقه تزریق خون خیر☐ بلی☐

بیماریهای گوارشی شامل بیماری های کبد، زردی (یرقان)دردهای طولانی مدت شکمی ،تهوع ،استفراغ به مدت طولانی ،بیماری های لوزالمعده (پانکراس) خیر☐ بلی☐

بیماری های کلیه و مجاری ادرارمانند :مشکلاتپروستات ،دیدن خون در ادرار،سوزش ادرار،مشکل در ادرار،سنگ کلیه و ....خیر☐ بلی☐

بیماری های داخلی اعصاب مانند :تشنج ،سکته مغزی ،مشکلات حرکتی ،فراموشی و .....خیر☐ بلی☐

بیماری های اعصاب و روان مانند :اضطراب،تشویش،افسردگی ، وسواس ،سابقه خودکشی و.... خیر☐ بلی☐

بیماری های پوستی ،خونریزی یا خونمردگی زیرپوستی ،خال های بزرگ در حال رشد ، خال های تغییر رنگ یافته ،زخم طول کشیده یا بهبود نیافته ،غده های پوستی یا زیر جلدی و ..... خیر☐ بلی☐

بیماری های چشمی ،خون مردگی یا کبودی دورچشم ،ضربه به چشم ، پارگی مویرگهای چشم ، تاری دید ،دوبینی،کاهش بینایی ،انحراف چشم ،ضعف چشم و.....خیر☐ بلی☐

بیماری های گوش،حلق وبینی،سرگیجه ،خونریزی بینی ،کاهش شنوایی(بتدریج یا ناگهانی)ترشحات چرکی یاخون از گوش،تغییر صدا و .....خیر☐ بلی☐

بیماری های غدد داخلی وتیروئید ،دیابت ،تغییر وزن ،کاهش یا افزایش اشتها ،تعریق فراوان ،چربی خون بالاو .....خیر☐ بلی☐

سابقه بیماری های عفونی مانند سل ،هپاتیت،حصبه ،تب مالت ،مالاریا،ایدز ،کیست هیداتیک،سرخجه ،سرخک ،آبله مرغان و.....خیر☐ بلی☐

آیا به بیماری یا عارضه دیگری مبتلا شده اید؟خیر☐ بلی☐

آیا تا کنون به بیماری مبتلا شده اید که به موجب آن به مدت طولانی دارو مصرف یا تزریق نمایید ؟خیر☐ بلی☐

آیا سابقه بستری شدن در بیمارستان یا آسایشگاهی را دارید ؟خیر☐ بلی☐

آیا مورد عمل جراحی قرار گرفته اید؟خیر☐ بلی☐

آیا دچار نقص عضو می باشید؟خیر☐ بلی☐

آیا دچار از کار افتادگی می باشید؟خیر☐ بلی☐

آیا ازسیگار مشروبات الکلی مواد مخدریا دارو بصورت عادی مصرف یا تزریق میکنید؟خیر☐ بلی☐

آیاتاکنون مدتی درشهر یا کشوردیگر اقامت داشته اید ؟خیر☐ بلی☐

آیا سابقه تصادف یا حادثه یا سقوط دارید؟خیر☐ بلی☐

آیا دچار شکستگی در ناحیه ای از بدن شده اید؟خیر☐ بلی☐

وضعیت پزشکی

آیادرحال حاضربه علت بیماری و یا مورد خاص تحت مداوا و یا مشاوره پزشکی قراردارید؟خیر☐ بلی☐

آیادرحال حاضر دچارنواقص جسمانی می باشید؟خیر☐ بلی☐

آیا درحال حاضر کاملاًسالم هستید ؟خیر☐ بلی☐

آیا کسی ازبستگان نزدیک شما به بیماری سل ،تشنج ،سرطان ،بیماری قلبی ،فشارخون،بیماری قند،نارسایی کلیه ،سکته مغزی،بیماری مادرزادی و یا بیماری روحی و عصبی مبتلا بوده یا می باشید ؟خیر☐ بلی☐

آیا در شش ماه گذشته کاهش وزن داشته اید ؟خیر☐ بلی☐

درصورتی که جنسیت پاسخ دهنده مرد می باشد آیا خدمت نظام وظیفه را انجام داده اید ؟خیر☐ بلی☐

آیا سابقه کار یافعالیت در شرکت کارخانه و .....غیر از مورد ذکر شده را دارید ؟خیر☐ بلی☐

آیا به علت حرفه و یا شغل خود در معرض مواد یا بخارات شیمیایی قرارگرفته و یا می گیرید ؟خیر☐ بلی☐

توضیحات:

در صورت مثبت بودن پاسخ هریک از موارد بالا لطفاً نام بیماری، نام پزشک ، تاریخ آن را مرقوم فرمایید .

- **سوالات مربوط به بانوان**

در حال حاضر در دوران حاملگی می باشید ؟خیر ☐ بلی☐

آیا بیماری های خاص زنان نظیر خونریزی غیرطبیعی یا لکه بینی و ترشحات و.....داشته اید ؟ خیر ☐ بلی☐

آیا دچارترشح یا خونریزی درد یاتوده پستان و عدم تقارن در ناحیه سینه و یازیربغل شده اید ؟ خیر☐ بلی☐

آیا دچار عوارض و بیماری های ناشی از حاملگی و زایمان نظیر فشارخون حاملگی یا مسمومیت حاملگی سقط جنین ،مول ،عفونتها و خونریزی های بعد از زایمان و .... شده اید ؟خیر ☐ بلی☐

اینجانب بیمه گذار/بیمه شده تعهد می نمایم که به کلیه پرسشهای این پیشنهاد با صداقت کامل پاسخ داده و از آنجاکه این پیشنهاد جزء لاینفک بیمه نامه درمان خانواده میباشد، درصورت هرنوع اظهار خلاف واقع ، بیمه گر می تواند نسبت به لغو بیمه نامه اقدام نماید .

امضای بیمه شده : امضای بیمه گذار: کد و امضای نمایندگی :

تاریخ : تاریخ : تاریخ :

اظهار نظر پزشک معتمد

تاریخ : **نام و امضاء پزشک معتمد :**