

## پرسشنامه سلامت



بیمه ایران

نام و نام خانوادگی بیمه گذار: نام و نام خانوادگی بیمه شده: نسبت با بیمه گذار: کد ملی:

آیا در حال حاضر کاملاً سالم هستید؟ بلی خیر اندازه قد: وزن:

آیا به به ناراحتی یا بیماریهای زیر مبتلا بوده یا می باشید؟

1- آیا سابقه بستری شدن در بیمارستان یا آسایشگاه را دارید؟ بلی خیر

به چه علت و چه مدت و تاریخ بستری:

2- بیماریهای دستگاه تنفسی مانند: سرفه مزمن، تنگی نفس به هنگام فعالیت، آسم و خلط چرکی یا خونی و غیره بلی خیر

3- بیماریهای قلب و عروق به خصوص فشارخون و درد قفسه سینه، سکت قلبی، واریس و غیره بلی خیر

4- بیماریهای خونی، سابقه تزریق خون، کم خونی، خونریزیهای بدون علت و غیره بلی خیر

5- بیماریهای گوارشی، کبد، پانکراس، دردهای مزمن شکمی، خونریزی گوارشی، تهوع و استفراغ مکرر، زردی و غیره بلی خیر

6- بیماریهای اعصاب و روان، اضطراب، افسردگی، خودکشی و غیره بلی خیر

7- بیماریهای داخلی اعصاب، تشنج، سکت مغزی، مشکلات حرکتی، فراموشی و غیره بلی خیر

8- بیماریهای کلیوی، مجاری ادرار، مشکلات پروستات، خون در ادرار، سوزش ادرار، سنگ کلیه و غیره بلی خیر

9- بیماریهای گوش و خلق و بینی، چشمی، کاهش شنوایی، خونریزیهای بینی، کاهش بینایی، نابینایی، سرگیجه و غیره بلی خیر

10- بیماریهای پوستی، خالهای بزرگ یا در حال رشد، خالهای تغییر رنگ یافته، زخم طول کشیده خونریزیهای زیرپوستی، توده جلدی، غدد لنفاوی بزرگ شده و غیره بلی خیر

توده جلدی، غدد لنفاوی بزرگ شده و غیره

11- بیماریهای استخوانی، عضلات و مفاصل، دردهای عضلانی، دردهای ستون فقرات، خشکی و درد مفاصل و غیره بلی خیر

12- بیماریهای غدد داخلی نظیر تیروئید، دیابت، کاهش یا افزایش اشتها، چربی خون بالا و غیره بلی خیر

13- سابقه بیماریهای عفونی مانند سل، هیپاتید، حصه، تب مالت، مالاریا، ایدز، کیست هیداتیک و غیره بلی خیر

\* در صورت مثبت بودن پاسخ هر یک از موارد فوق، تاریخ بروز و مدت زمان بیماری یا عوارض به جا مانده و نام پزشک معالج را با ذکر شماره

سؤال بنویسید:

14- آیا به بیماری و عارضه دیگر مبتلا شده اید که در موارد فوق ذکر نشده باشد؟ بلی خیر نام بیماری:

15- آیا مورد عمل جراحی قرار گرفته اید؟ بلی خیر نوع عمل، زمان و نتیجه آن:

16- آیا دچار نقص عضو شده اید؟ بلی خیر درجه ناحیه ای:

17- آیا دچار از کارافتادگی شده اید؟ بلی خیر به چه میزان:

18- آیا از سیگار، مشروبات الکلی، مواد مخدر استفاده کرده یا می کنید؟ بلی خیر

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

19- آیا از دارو برای بیماری طولانی مدت استفاده کرده یا می کنید؟ بلی خیر

نوع دارو: میزان مصرف و مدت آن:

20- آیا کسی از بستگان درجه اول شما به بیماری سل، سرطان، بیماری قلبی، فشارخون، مرض قند، نارسایی کلیه، سکت مغزی، بیماری مادرزادی،

یا بیماری روحی و عصبی مبتلا بوده یا می باشند؟ بلی خیر نسبت و نام بیماری:

21- آیا شما در شش ماه گذشته کاهش وزن داشته اید؟ بلی خیر میزان و علت کاهش وزن:

### پرسشهای مخصوص خانم ها:

22- در حال حاضر در کدامیک از وضعیت های زیر هستید:

الف) حامله می باشید؟ بلی خیر

ب) در دوره شیردهی می باشید؟ بلی خیر

ج) در دوران قاعدگی منظم می باشید؟ بلی خیر

د) در دوران یائسگی می باشید؟ بلی خیر

23- آیا دچار عوارض و بیماریهای ناشی از حاملگی و زایمان نظیر فشارخون حاملگی یا مسمومیت حاملگی، سقط جنین مول و عفونتها و خونریزی بعد از

زایمان و غیره شده اید؟ بلی خیر

24- آیا بیماریهای خاص نظیر خونریزی غیر طبیعی، یا لکه بینی و غیره داشته اید؟ بلی خیر

25- آیا دچار ترشح یا خونریزی، درد یا توده در پستان و عدم تقارن در ناحیه سینه و یا زیر بغل شده اید؟ بلی خیر

توضیح:

## گزارش فروشنده بیمه : (نماینده ، کارگزار یا کارمند شرکت) :

1- آیا پیشنهاد دهنده را شخصاً می شناسید؟

بلی خیر

از چه زمانی؟

2- به نظر شما بیمه شدگان از سلامت برخوردار است؟

بلی خیر

3- آیا ملاحظه خاصی از وضعیت سلامت فعلی یا گذشته آنها دارید؟ (شرح دهید):

4- آیا درباره شرایط بیمه عمرودرمان اطلاعات کامل در اختیار بیمه گذار و بیمه شده گذارده اید؟

بلی خیر

5- آیا صحت امضای بیمه گذار و بیمه شده مورد تأیید می باشد؟

بلی خیر

\*بدینوسیله گواهی می نمایم بیمه شدگان شخصاً توسط این نماینده / کارگذاررؤیت گردیده و مراتب فوق مورد تأیید است .

نام ، امضا ، مهر و کد نماینده یا کارگذار

تاریخ

## نظر پزشک معتمد شرکت :

با توجه به پاسخهای پزشکی و معاینه و آزمایشات پزشکی انجام شده از بیمه شده صدور بیمه نامه از نظر پزشکی

1- تأیید می گردد

2- بصلاح بیمه گر نمی باشد

مهر و امضای پزشک معتمد :

تاریخ :

## نظر نهایی کارشناس صدور بیمه نامه :

صدور بیمه نامه با توجه به مندرجات پیشنهاد و ضوابط و مقررات بیمه نامه :

1- بلامانع میباشد

بصلاح نمی باشد

نام و امضای کارشناس صدور :

تاریخ :



**بیمه ایران**