



فرم پرسشنامه پزشکی بیمه تکمیل درمان انفرادی

نام و نام خانوادگی :		کد ملی :	شماره همراه :
آدرس دقیق پستی :		کد پستی :	
قد :	وزن :	شماره شبا ، حساب :	بانک :

ردیف	پرسش	بله	خیر
۱	آیا تا به حال دچار بیماری یا جراحی شده اید که بیش از دو هفته قادر به انجام فعالیت های خود نباشد؟		
۲	آیا تحت عمل جراحی قرار گرفته اید؟		
۳	آیا ورزش حرفه ای انجام می دهید؟		
۴	آیا سابقه بی اشتهایی و یا کاهش وزن بیش از ۱۰ کیلوگرم طی یکسال گذشته داشته اید؟		
۵	آیا از سیگار ، مشروبات الکلی و مواد مخدر استفاده کرده یا می کنید؟ (ممکن است برای تأیید وضعیت عدم استعمال دخانیات از شما خواسته شود که تحت آزمایش قرار بگیرید.)		
۶	آیا تاکنون از ناراحتی در ناحیه کمر یا گردن یا مشکلات مفصلی رنج برده اید یا به آن دچار شده اید؟		
۷	آیا در یک سال آینده، نیاز به هرگونه عمل جراحی تشخیص داده شده توسط پزشک دارید؟		
۸	آیا نیاز به هر گونه درمان خاص که در حال حاضر پزشک تشخیص داده است، دارید؟		
۹	آیا سابقه نازایی دارید؟ (ویژه بانوان)		
۱۰	آیا از دارویی برای بیماری ای به مدت طولانی استفاده کرده یا می کنید؟		
۱۱	آیا سابقه بستری در بیمارستان یا آسایشگاه را داشته اید؟		
۱۲	آیا سابقه پیوند اعضا بدن یا برداشتن عضو داشته اید؟		
۱۳	آیا کسی از بستگان درجه یک شما به سل، سرطان، بیماری قلبی، فشارخون، مرض قند، نارسایی کلیه، سکتة مغزی، بیماری های مادرزادی یا بیماری روحی و عصبی یا هر بیماری و اختلال بالقوه ارثی دیگری مبتلا بوده یا می باشد؟		
۱۴	آیا تا به حال آزمایشات مربوط به HIV / AIDS ، هپاتیت B یا C مثبت داشته اید؟		
۱۵	آیا سابقه بیماری های اعصاب و روان که نیاز به درمان در بیمارستان یا ارجاع به روانپزشک دارد شامل اسکیزوفرنی، اختلال خلق دو قطبی، افسردگی شدید، اضطراب و اقدام به خودکشی را داشته اید؟		
۱۶	آیا سابقه تومور یا کانسر (سرطان) دارید؟		
۱۷	آیا باردار می باشید یا سابقه سقط در شش ماه اخیر و یا جراحی پستان به دلایل غیر سرطان طی یک سال اخیر و یا کارگذاری پروتز در پستان داشته اید؟ (ویژه بانوان)		
۱۸	آیا سابقه هر گونه درد، توده یا ترشح از پستان ها را دارید؟ (ویژه بانوان)		
۱۹	به غیر از موارد مذکور در این پرسشنامه، آیا سابقه ابتلا به هر گونه بیماری دیگری را داشته اید؟		

۲۰	آیا در ۵ سال گذشته سابقه ابتلا به یکی از بیماری های زیر را داشته اید؟ ☐ بیماری های خونی ☐ بیماری های گوارشی ☐ بیماری های گوش و حلق و بینی و چشم ☐ بیماری های استخوان و مفاصل ☐ بیماری های غدد داخلی ☐ بیماری های دندان
۲۱	آیا در حال حاضر به یکی از اختلالات زیر مبتلا هستید یا قبلاً به آن مبتلا بوده اید؟ ☐ بیماری های پوستی ☐ ضعف بینایی بیشتر از ۳ دیوپتر ☐ بیماری های کلیه و مجاری ادراری

- آیا در حال حاضر به یکی از بیماری‌های زیر مبتلا هستید یا قبلاً به آن مبتلا بوده‌اید؟

- ☐ بیماری‌های قلب و عروق شامل فشار خون بالا، سکته قلبی، حمله قلبی، سابقه جراحی قلب باز، تنگی یا نارسای دریچه قلبی، آریتمی قلبی، پیس میکر دائم قلبی، سابقه آنژیوپلاستی، کوارکتاسیون آئورت، قرار دادن استنت در عروق، جراحی پیوند آئورت، کاردیومیوپاتی، بیماری‌های مادرزادی قلب
- ☐ بیماری‌های اعصاب شامل صرع، تشنج، سابقه سکته مغزی، حمله ایسکمیک گذرای 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
- ☐ سابقه بیماری‌های زنان شامل کیست تخمدان، فیبروم رحم، PCO، یائسگی، خونریزی‌های غیرمعمول، سقط جنین
- ☐ بیماری‌های دستگاه تنفسی شامل سل ریوی، برونشیت مزمن، سرطان ریه، فیبروز ریه، نارسای شدید تنفسی، آسم، انحراف بینی، سینوزیت مزمن

- مبنای صدور و یا رد شدن درخواست بیمه نامه شما ، پاسخ به این فرم می باشد. پس به سوالات با دقت و حسن نیت پاسخ دهید.
- بیماری‌های از قبل شما ، در صورت تشخیص و تایید پزشک ، تحت پوشش این بیمه نامه قرار نمیگیرد.

لطفاً با تلفن همراه از خود فیلم گرفته و متن زیر را واضح خوانده و به شماره واتس آپ ارسال نمایید

اینجانب (نام بیمه گذار) با کد ملی (کد ملی بیمه گذار) ضمن تأیید صحت پاسخ سوالات پزشکی درج شده در بیمه نامه ، تأیید می نمایم در مورد تحت پوشش نبودن بیماری های از قبل موجود و شرایط بیمه نامه توجیه شده و اطلاعات کافی دریافت نموده ام.

اینجانب در کمال سلامت عقل به کلیه سوالات پرسشنامه پاسخ داده‌ام.

امضاء و اثر انگشت