

**پیشنهاد صدور بیمه نامه درمان تکمیلی انفرادی و خانواده**

بیمه گذار گرامی، خواهشمند است به تمام موارد این فرم با صداقت کامل و به صورت کامل و خوانا پاسخ دهید و سپس امضاء نمایید. شرط اصلی اعتبار بیمه نامه، صحت اطلاعات در این پیشنهاد و پاسخ های شماست و به آن استناد خواهد شد. ضمناً تکمیل این پیشنهاد هیچگونه تعهدی برای بیمه گر ایجاد نمی نماید. به منظور رعایت حقوق بیمه گذار و استفاده کنندگان بیمه نامه این فرم بدون هرگونه خط خوردگی و یا لاک گرفتگی پذیرفته خواهد شد.

کد رایانه: واحد صدور: نام و کد معرف: تاریخ تکمیل پیشنهاد:

نام و نام خانوادگی:

کد ملی: شماره شناسنامه: محل تولد: محل صدور: نام پدر:

شغل اصلی: تاریخ تولد: جنسیت: مرد  زن  وضعیت تأهل: مجرد  متأهل  تلفن همراه (الزامی): تلفن ثابت (با ذکر کد شهر - الزامی): محل سکونت (الزامی): استان، شهر و آدرس: محل کار: استان، شهر و آدرس: شماره حساب بیمه گذار: نام بانک مرتبط با حساب: نام و نام خانوادگی صاحب حساب: شماره شبای حساب:

مشخصات بیمه گذار (بیمه شده اصلی)

تعداد افراد تحت تکفل: نفر  
تذکر: منظور از افراد تحت تکفل همسر (همسران) دائمی، فرزندان بیمه شده اصلی و سایر افرادی است که قانوناً تحت تکفل بیمه شده اصلی (با ارائه مستندات قانونی) قرار دارند.  
افراد تحت تکفل:

مشخصات افراد تحت تکفل

نام و نام خانوادگی	شماره شناسنامه	تاریخ تولد	کد ملی	نسبت	جنسیت

۱- وضعیت بیمه گر پایه: ندارد  تأمین اجتماعی  خدمات درمانی  نیروهای مسلح  سایر   
۲- آیا تاکنون بیمه نامه درمان تکمیلی نزد شرکت های بیمه گر داشته اید؟ (از تاریخ انقضای آن بیش از یک ماه نگذشته باشد)  خیر  نام بیمه گر قبلی:   
۳- در صورت مثبت بودن پاسخ سوال قبل، میزان خسارت دریافتی از بیمه نامه قبلی به چه میزان و بابت چه موردی بوده است؟  
۴- آیا هم اکنون دارای بیمه نامه جاری عمر و سرمایه گذاری یا مستمری نزد شرکت بیمه نوین می باشید؟  خیر  بله   
(در صورت مثبت بودن پاسخ): تاریخ صدور: شماره بیمه نامه:   
۵- آیا به طور هم زمان مایل به دریافت بیمه نامه عمر و سرمایه گذاری می باشید؟  خیر  بله

وضعیت بیمه گر پایه و سابق بیمه ای

نوع طرح انتخابی: طرح ۱  طرح ۲  طرح ۳  طرح ۴  (مطابق جدول تعهدات و حق بیمه) فرانشیز: ۱۰٪  ۳۰٪

نوع طرح انتخابی

اینجانب بیمه گذار (بیمه شده اصلی) امضاء کننده این پیشنهاد اعلام می دارم که به تمامی سوالات مشروحه در این فرم با صداقت و به نحو کامل پاسخ داده و از کلیه مفاد و مندرجات شرایط عمومی و خصوصی بیمه نامه که جزء لاینفک این قرارداد می باشد اطلاع دقیق و کامل حاصل نموده و اعلام می نمایم که پاسخ های داده شده کاملاً درست و عین واقعیت بوده و مطلع هستم که هرگونه اظهار خلاف واقع و خودداری از واقع گویی به موجب قانون بیمه باعث ابطال قرارداد درمان و سلب هرگونه ادعا و اسقاط حق استفاده از مزایای آن خواهد شد.  
ضمناً پرستنامه گواهی سلامت را برای خود و کلیه افراد تحت تکفل درخواستی بیمه نامه تکمیل و به همراه فرم پیشنهاد به بیمه گر تحویل نمودم.  
نام و نام خانوادگی بیمه گذار (بیمه شده اصلی): تاریخ امضاء:


امضاء بیمه گذار

اینجانب شخصاً بیمه گذار بیمه نامه و افراد تحت تکفل را ملاقات نموده و ضمن احراز هویت کلیه متقاضیان و دریافت اصل شناسنامه و کارت ملی ایشان، اطلاعات کافی و دقیق درباره شرایط بیمه نامه و پوشش های آن بویژه استثنائات ارائه داده و صحت امضاء بیمه گذار و افراد تحت تکفل را تأیید می نمایم.  
نام و نام خانوادگی معرف/ تاریخ امضاء:

امضاء معرف

نظر نهایی  
امضاء/ تاریخ:

نظر نهایی

کد: FO-LP-120-00 صفحه: ۱ از ۲	<b>پرسشنامه گواهی سلامت</b> <b>درمان تکمیلی انفرادی و خانواده</b>	 <b>بیمه نوین</b> NOVIN INSURANCE
----------------------------------	--	--

بیمه شده گرامی، خواهشمند است به تمام موارد این فرم با صداقت کامل و به صورت کامل و خوانا پاسخ دهید و سپس امضاء نمایید. شرط اصلی اعتبار بیمه نامه، صحت اطلاعات در این پرسشنامه و پاسخهای شما است و به آن استناد خواهد شد. ضمناً تکمیل این فرم هیچگونه تعهدی برای بیمه گر ایجاد نمی نماید. به منظور رعایت حقوق بیمه گذار و استفاده کنندگان بیمه نامه این فرم بدون هرگونه خط خوردگی و یا لاک گرفتن پذیرفته خواهد شد.


نام و نام خانوادگی بیمه گذار (بیمه شده اصلی): ..... کد رایانه بیمه نامه ..... تاریخ تکمیل فرم .....

نام و نام خانوادگی										
نسبت با بیمه شده اصلی										
کد ملی	شماره شناسنامه	محل صدور	نام پدر							
شغل اصلی										
تاریخ تولد	جنسیت: مرد <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/>	وضعیت تاهل: مجرد <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/>	تلفن همراه (الزامی):	تلفن ثابت:						
محل سکونت (الزامی): استان، شهر و آدرس	ایمیل:									

	*وزن ..... کیلوگرم    قد ..... سانتیمتر آیا به ناراحتی یا بیماریهای زیر مبتلا بوده یا می باشید؟ در صورت مثبت بودن پاسخ هر یک از موارد زیر، تاریخ بروز و مدت زمان بیماری و عوارض به جا مانده را بنویسید.
۱- بیماریهای دستگاه تنفسی: سل ریوی <input type="checkbox"/> پرونشیت مزمن <input type="checkbox"/> سرطان ریه <input type="checkbox"/> فیبروز ریه <input type="checkbox"/> نارسایی شدید تنفسی <input type="checkbox"/> آسم <input type="checkbox"/> فاقد بیماری <input type="checkbox"/> سایر: .....	
۲- بیماریهای قلب و عروق: فشار خون بالا <input type="checkbox"/> سکنه قلبی <input type="checkbox"/> حمله قلبی <input type="checkbox"/> سابقه جراحی قلب باز <input type="checkbox"/> تنگی یا نارسایی دریچه قلبی <input type="checkbox"/> آریتمی قلبی <input type="checkbox"/> پیس میکر دائم قلبی <input type="checkbox"/> سابقه آنژیو پلاستی <input type="checkbox"/> کوارکتاسیون آنورت <input type="checkbox"/> قراردادن استنت در عروق <input type="checkbox"/> جراحی پیوند آنورت <input type="checkbox"/> کاردیومیوپاتی <input type="checkbox"/> فاقد بیماری <input type="checkbox"/> سایر: .....	
۳- بیماریهای خونی: لنفوم <input type="checkbox"/> لوسمی <input type="checkbox"/> هموفیلی <input type="checkbox"/> اختلال انعقاد خون <input type="checkbox"/> سابقه تزریق خون <input type="checkbox"/> غده لنفاوی بزرگ شده <input type="checkbox"/> نقص ایمنی مادرزادی <input type="checkbox"/> آنمی آپلاستیک <input type="checkbox"/> تالاسمی <input type="checkbox"/> فاقد بیماری <input type="checkbox"/> سایر: .....	
۴- بیماریهای گوارشی: سیروز کبدی <input type="checkbox"/> هپاتیت مزمن <input type="checkbox"/> واریس مری <input type="checkbox"/> بیماریهای انتهایی روده (کرون و کولیت اولسرو) <input type="checkbox"/> پولیپوز فامیلیال <input type="checkbox"/> خونریزی های گوارشی <input type="checkbox"/> تهوع و استفراغ مکرر <input type="checkbox"/> زردی <input type="checkbox"/> دردهای مزمن شکمی <input type="checkbox"/> نارساییهای کبدی <input type="checkbox"/> پانکراتیت <input type="checkbox"/> فاقد بیماری <input type="checkbox"/> سایر: .....	
۵- بیماریهای اعصاب و روان: اسکیزوفرنی <input type="checkbox"/> اختلال خلق دو قطبی <input type="checkbox"/> افسردگی شدید <input type="checkbox"/> اضطراب <input type="checkbox"/> اقدام به خودکشی <input type="checkbox"/> فاقد بیماری <input type="checkbox"/> سایر: .....	
۶- بیماریهای اعصاب: (صرع) تشنج <input type="checkbox"/> سابقه سکنه مغزی <input type="checkbox"/> حمله گذاری مغزی <input type="checkbox"/> MS (مولتیپل اسکلروز) <input type="checkbox"/> بیماریهای بی حسی و فلجی <input type="checkbox"/> آنزایمر <input type="checkbox"/> آنوریسم مغزی <input type="checkbox"/> فراموشی <input type="checkbox"/> بیماری پارکینسون <input type="checkbox"/> ALS <input type="checkbox"/> تومور مغزی <input type="checkbox"/> کما <input type="checkbox"/> معلولیت ذهنی با ضریب هوشی زیر 50 <input type="checkbox"/> فاقد بیماری <input type="checkbox"/> سایر: .....	
۷- بیماریهای کلیه و مجاری ادرار: نارسایی مزمن کلیه <input type="checkbox"/> مجاری ادراری <input type="checkbox"/> مشکلات پروستات <input type="checkbox"/> خون در ادرار <input type="checkbox"/> سنگ کلیه <input type="checkbox"/> فاقد بیماری <input type="checkbox"/> سایر: .....	
۸- بیماریهای استخوان و مفاصل: آرتريت روماتوئید <input type="checkbox"/> لوپوس <input type="checkbox"/> شوگرن <input type="checkbox"/> خشکی و درد مفاصل <input type="checkbox"/> دردهای عضلانی <input type="checkbox"/> اسپوندیلیت آنکیلوزان <input type="checkbox"/> فاقد بیماری <input type="checkbox"/> بدشکلی (انحراف) اندامها <input type="checkbox"/> نام عضو: .....	
۹- بیماریهای پوستی: بیماری بهجت <input type="checkbox"/> پمفیگوس <input type="checkbox"/> ایکتیوز پوستی <input type="checkbox"/> خالهای بزرگ یا در حال رشد <input type="checkbox"/> خالهای تغییر رنگ یافته <input type="checkbox"/> زخم طول کشیده <input type="checkbox"/> توده جلدی <input type="checkbox"/> سوختگی درجه 3 <input type="checkbox"/> سارکوئیدوز <input type="checkbox"/> پسوریازیس عارضه دار مقاوم به درمان <input type="checkbox"/> خونریزیهای زیرپوستی <input type="checkbox"/> فاقد بیماری <input type="checkbox"/> سایر: .....	
۱۰- بیماریهای گوش و حلق و بینی و چشم: کاهش شنوایی <input type="checkbox"/> خونریزیهای بینی <input type="checkbox"/> کاهش بینایی <input type="checkbox"/> نابینایی <input type="checkbox"/> کاشت حلزون شنوایی <input type="checkbox"/> سرگیجه <input type="checkbox"/> خونریزی یا جداولدگی شبکه <input type="checkbox"/> فاقد بیماری <input type="checkbox"/> سایر: ..... در صورت کاهش بینایی، ایشومتري جديد و در صورت کاهش شنوایی، تست شنوایی سنجی جدید ضمیمه گردد.	
۱۱- بیماریهای غده داخلی: دیابت <input type="checkbox"/> هیپرپاراتیروئیدی <input type="checkbox"/> کاهش یا افزایش اشتها <input type="checkbox"/> چربی خون بالا <input type="checkbox"/> دیابت وابسته به انسولین <input type="checkbox"/> فاقد بیماری <input type="checkbox"/> سایر: .....	
۱۲- سابقه بیماریهای عفونی: سل <input type="checkbox"/> هپاتیت <input type="checkbox"/> مالاریا <input type="checkbox"/> ایدز <input type="checkbox"/> کیست هیداتیک <input type="checkbox"/> فاقد بیماری <input type="checkbox"/> سایر: .....	
۱۳- سابقه تومور یا کانسر (سرطان): بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نام محل تومور یا سرطان: ..... مدت بروز: .....	

سختاب بیمه نوین

بیمه نوین

کد: FO-LP-120-00 صفحه: ۲ از ۲	<b>پرسشنامه گواهی سلامت          درمان تکمیلی انفرادی و خانواده</b>	 <b>بیمه نوین</b> NOVIN INSURANCE
----------------------------------	---	--

۱۴- سابقه پیوند اعضاء بدن: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نام عضو پیوندی: ..... تاریخ پیوند: .....	سوابق پزشکی امضاء بیمه شده اظهار نظر پزشک معتمد اظهار نظر بیمه گر
۱۵- بیماریهای دهان و دندان: دندان پوسیده <input type="checkbox"/> درد دندان <input type="checkbox"/> بیماریهای دهان و لثه <input type="checkbox"/> فاقد بیماری <input type="checkbox"/> سایر: .....	
۱۶- سابقه نازایی و یا ناباروری (در بازه سنی 15 تا 55 سال برای هر دو جنسیت پاسخ داده شود): بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت پاسخ مثبت، اقدامات درمانی ذکر شود: .....	
۱۷- سابقه بیماریهای زنان: کیست تخمدان <input type="checkbox"/> فیبروم رحم <input type="checkbox"/> PCO <input type="checkbox"/> یائسگی <input type="checkbox"/> خونریزیهای غیرمعمول <input type="checkbox"/> سقط جنین <input type="checkbox"/> فاقد بیماری <input type="checkbox"/> سایر: .....	
۱۸- آیا سابقه بستری در بیمارستان یا آسایشگاه را دارید: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت پاسخ مثبت علت بستری ذکر شود: .....	
۱۹- آیا مورد عمل جراحی قرار گرفته اید: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> عمل، زمان و نتیجه آن: .....	
۲۰- آیا دچار نقص عضو شده اید: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در چه ناحیه هایی: .....	
۲۱- آیا دچار از کار افتادگی شده اید: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> به چه میزان: .....	
۲۲- آیا از سیگار استفاده کرده یا میکنید: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت ترک، مدت زمان آن: ..... میزان مصرف و مدت آن: .....	
۲۳- آیا از دارویی برای بیماری ای به مدت طولانی استفاده کرده یا میکنید: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> 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 میباشد: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نسبت و نام بیماری: .....	
۲۵- آیا حامله می باشید؟ (در صورت موث بودن): بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
۲۶- نیاز به هرگونه عمل جراحی تشخیص داده شده توسط پزشک در یک سال آینده دارید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نوع عمل: .....	
۲۷- نیاز به هرگونه درمان خاصی که در حال حاضر پزشک تشخیص داده است؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نوع درمان: .....	
۲۸- به غیر از موارد مذکور در این پرسشنامه، آیا سابقه ابتلا به هرگونه بیماری دیگری را داشته اید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت پاسخ مثبت لطفاً موارد را ذکر نمایید: .....	
• آیا دارای فرزند می باشید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت داشتن لطفاً تعداد آنها را ذکر نمایید: .....	
• آیا ورزش حرفه ای انجام می دهید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نوع ورزش: ..... میزان اشتغال: .....	
• آیا بیمه عمر دارید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت داشتن بیمه عمر نام شرکت بیمه ای را ذکر کنید: .....	
اینجانب بیمه شده ..... امضاء کننده این پیشنهاد اعلام می دارم که به تمامی سوالات مشروحه در این فرم با صداقت و به نحو کامل پاسخ داده و از کلیه مفاد و متدرجات شرایط عمومی و خصوصی بیمه نامه که جزء لاینفک این قرارداد می باشد اطلاع دقیق و کامل حاصل نموده و اعلام می نمایم که پاسخ های داده شده کاملاً درست و عین واقعیت بوده و مطلع هستم که هر گونه اظهار خلاف واقع و خودداری از واقع گویی به موجب قانون بیمه باعث ابطال قرارداد درمان و سلب هرگونه ادعا و اسقاط حق استفاده از مزایای آن خواهد شد.	
*تذکر: در صورتی که بیمه شده به سن قانونی نرسیده باشد، نام بیمه شده میبایست در این فرم درج گردیده و توسط ولی یا قیم قانونی وی امضا گردد.	
نام و نام خانوادگی بیمه شده/ ولی یا قیم قانونی بیمه شده / تاریخ / امضاء-.....	
این قسمت توسط پزشک معتمد تکمیل خواهد شد.	
صدور بیمه نامه نیاز به معاینه: <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد	
صدور بیمه نامه نیاز به آزمایش های پزشکی: <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد	
علت درخواست معاینه و آزمایشات پزشکی: <input type="checkbox"/> سن بیمه شده <input type="checkbox"/> سرمایه بیمه <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>	
شرح: .....	
باتوجه به بررسی پرسشنامه سلامت ..... آزمایشات انجام شده ..... صدور بیمه نامه: .....	
بلامانع است <input type="checkbox"/> به صلاح بیمه گر نمی باشد <input type="checkbox"/> نیاز به بررسی دارد <input type="checkbox"/>	
توضیحات: .....	
مهر و مضا و تاریخ: .....	
اظهار نظر نهایی: .....	
نام و نام خانوادگی / امضاء / تاریخ	