

نام و نام خانوادگی بیمه گذار: تاریخ تکمیل: / / (مدت اعتبار پرسشنامه یک ماه از تاریخ تکمیل می باشد)

مشخصات متقاضی پوشش بیمه‌ای (اطلاعات بیمه شده)

نام و نام خانوادگی بیمه شده: نام پدر: جنسیت: زن مرد تاریخ تولد: / /
 شماره شناسنامه: محل تولد: محل صدور: کد ملی:
 وضعیت تاهل: مجرد متاهل تابعیت:
 میزان تحصیلات: دیپلم/زیر دیپلم فوق دیپلم/لیسانس فوق لیسانس دکتری
 نشانی: منطقه شهرداری (در صورتیکه بیمه گذار ساکن تهران است):
 تلفن ثابت: تلفن همراه: ایمیل:

لطفا موارد پزشکی زیر را به دقت مطالعه و همه موارد را تکمیل فرمایید.

- وزن: کیلوگرم • قد: سانتیمتر
- آیا به ناراحتی یا بیماری‌های زیر مبتلا بوده یا می‌باشید؟ در صورت مثبت بودن پاسخ هر یک از موارد زیر، تاریخ بروز و مدت زمان بیماری و عوارض به جا مانده را بنویسید.
- بیماری‌های دستگاه تنفسی: سل ریوی برونشیت مزمن سرطان ریه فیروز ریه نارسایی شدید تنفسی آسم فاقد بیماری سایر:
 - بیماری‌های قلب و عروق: فشار خون بالا سکنه قلبی حمله قلبی سابقه جراحی قلب باز تنگی یا نارسایی دریچه قلبی آریتمی قلبی پیس میکر دائم قلبی سابقه آنژیو پلاستی کوارکتاسیون آئورت قراردادن استنت در عروق جراحی پیوند آئورت کاردیومیوپاتی فاقد بیماری سایر:
 - بیماری‌های خونی: لنفوم لوسمی هموفیلی اختلال انعقاد خون سابقه تزریق خون غده لنفاوی بزرگ شده نقص ایمنی مادرزادی آنمی آپلاستیک تالاسمی فاقد بیماری سایر:
 - بیماری‌های گوارشی: سیروز کبدی هپاتیت مزمن واریس مری بیماری‌های التهابی روده (کرون و کولیت اولسرو) پولیپوز فامیلیال خونریزی‌های گوارشی تهوع و استفراغ مکرر زردی دردهای مزمن شکمی نارسائی‌های کبدی پانکراتیت فاقد بیماری سایر:
 - بیماری‌های اعصاب و روان: اسکیزوفرنی اختلال خلق دو قطبی افسردگی شدید اضطراب اقدام به خودکشی فاقد بیماری سایر:
 - بیماری‌های اعصاب: (صرع) تشنج سابقه سکنه مغزی حمله گذاری مغزی MS (مولتیپل اسکلروز) بیماری‌های بی حسی و فلجی آلزایمر آنوریسم مغزی فراموشی بیماری پارکینسون ALS تومور مغزی کما معلولیت ذهنی با ضریب هوشی زیر ۵۰ فاقد بیماری سایر:
 - بیماری‌های کلیه و مجاری ادرار: نارسایی مزمن کلیه مجاری ادراری مشکلات پروستات خون در ادرار سنگ کلیه فاقد بیماری سایر:
 - بیماری‌های استخوان و مفاصل: آرتریت روماتوئید لوپوس شوگرن خشکی و درد مفاصل دردهای عضلانی اسپوندیلیت آنکلیوزان فاقد بیماری بدشکلی (انحراف) اندام‌ها نام عضو: سایر:
 - بیماری‌های پوستی: بیماری بهجت پمفیگوس ایکتیوزیوستی خال‌های بزرگ یا درحال رشد خال‌های تغییر رنگ یافته زخم طول کشیده توده جلدی سوختگی درجه ۳ سارکوئیدوز پسوریازیس عارضه دار مقاوم به درمان خونریزی‌های زیرپوستی فاقد بیماری سایر:
 - بیماری‌های گوش و حلق و بینی و چشم: کاهش شنوایی خونریزی‌های بینی کاهش بینایی نابینایی کاشت حلزون شنوایی سرگیجه خونریزی یا جداولگی شبکیه فاقد بیماری سایر:
در صورت کاهش بینایی، ایتومتری جدید و در صورت کاهش شنوایی، تست شنوایی سنجی جدید ضمیمه گردد.
 - بیماری‌های غدد داخلی: دیابت هیپرپاراتیروئیدی کاهش یا افزایش اشتها چربی خون بالا دیابت وابسته به انسولین فاقد بیماری سایر:
 - سابقه بیماری‌های عفونی: سل هپاتیت مالاریا ایدز کیست هیداتیک فاقد بیماری سایر:
 - سابقه تومور یا کانسر (سرطان): بلی خیر نام محل تومور یا سرطان: مدت بروز:

- ۱۴- سابقه پیوند اعضاء بدن: بلی خیر نام عضو پیوندی: تاریخ پیوند:
- ۱۵- بیماری‌های دهان و دندان: دندان پوسیده درد دندان بیماری‌های دهان و لثه فاقد بیماری سایر:
- ۱۶- سابقه نازایی و یا ناباروری (در بازه سنی ۱۵ تا ۵۵ سال برای هر دو جنسیت پاسخ داده شود): بلی خیر در صورت پاسخ مثبت، اقدامات درمانی ذکر شود:
- ۱۷- سابقه بیماری‌های زنان: کیست تخمدان فیبروم رحم PCO یائسگی خونریزی‌های غیر معمول سقط جنین فاقد بیماری سایر:
- ۱۸- آیا سابقه بستری در بیمارستان یا آسایشگاه را دارید: بلی خیر در صورت پاسخ مثبت علت بستری ذکر شود:
- ۱۹- آیا مورد عمل جراحی قرار گرفته‌اید: بلی خیر عمل، زمان و نتیجه آن:
- ۲۰- آیا دچار نقص عضو شده‌اید: بلی خیر در چه ناحیه‌ای:
- ۲۱- آیا دچار از کار افتادگی شده‌اید: بلی خیر به چه میزان:
- ۲۲- آیا از سیگار استفاده کرده یا می‌کنید: بلی خیر در صورت ترک، مدت زمان آن: میزان مصرف و مدت آن:
- ۲۳- آیا از دارویی برای بیماری‌ای به مدت طولانی استفاده کرده یا می‌کنید: بلی خیر 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، سکنه مغزی، بیماری مادرزادی یا بیماری روحی و عصبی مبتلا بوده یا می‌باشند: بلی خیر نسبت و نام بیماری:
- ۲۵- آیا حامله می‌باشید؟ (در صورت مونث بودن): بلی خیر
- ۲۶- نیاز به هرگونه عمل جراحی تشخیص داده شده توسط پزشک در یک سال آینده دارید؟ بلی خیر نوع عمل:
- ۲۷- نیاز به هرگونه درمان خاص که در حال حاضر پزشک تشخیص داده است؟ بلی خیر نوع درمان:
- ۲۸- به غیر از موارد مذکور در این پرسشنامه، آیا سابقه ابتلا به هرگونه بیماری دیگری را داشته‌اید؟ بلی خیر در صورت پاسخ مثبت لطفاً موارد را ذکر نمایید:

اطلاعات تکمیلی متقاضی پوشش بیمه‌ای

- آیا دارای فرزند می‌باشید؟ بلی خیر در صورت داشتن تعداد آنها را ذکر نمایید:
- آیا ورزش حرفه‌ای انجام می‌دهید؟ بلی خیر نوع ورزش: میزان اشتغال:
- آیا بیمه عمر دارید؟ بلی خیر در صورت داشتن بیمه عمر نام شرکت بیمه‌ای را ذکر کنید:

اینجانب اعلام و تعهد می‌نمایم به کلیه سؤالات در کمال صداقت پاسخ داده‌ام و هیچ موضوعی را کتمان نکرده‌ام و در صورتی که خلاف آن ثابت شود حق هر گونه ادعا و نیز استفاده از مزایای این قرارداد از اینجانب ساقط خواهد گردید.

تذکر: در صورتی که بیمه‌شده به سن قانونی نرسیده باشد، نام بیمه‌شده می‌بایست ذکر شده و ولی/قیم قانونی بیمه‌شده امضاء نماید.
تاریخ امضاء
بیمه‌شده/ولی بیمه‌شده/قیم قانونی بیمه‌شده

این قسمت توسط پزشک معتمد بیمه‌گر تکمیل خواهد شد.

- صدر بیمه نامه نیاز به معاینه: دارد ندارد
- صدر بیمه نامه نیاز به آزمایش‌های پزشکی: دارد ندارد
- علت درخواست معاینه و آزمایشات پزشکی: سن بیمه شده سرمایه بیمه سایر
- شرح:

با توجه به بررسی پرسشنامه سلامت آزمایشات انجام شده صدور بیمه نامه:
بلامانع است به صلاح بیمه گر نمی‌باشد نیاز به بررسی دارد

توضیحات:

مهر و امضاء و تاریخ

فرانشیز عبارتست از سهم بیمه شده یا بیمه گذار از خسارت قابل پرداخت است. فرانشیز کلیه هزینه های تحت پوشش این بیمه نامه در صورت عدم استفاده از بیمه درمانی بیمه گر پایه ۱۰٪ می باشد.

دوره انتظار:

دوره انتظار مدت زمانی است که در طول آن بیمه گر تعهدی به جبران خسارت ندارد. دوره انتظار در این بیمه نامه بصورت زیر می باشد:

○ ۹ ماه دوران انتظار برای زایمان (طبیعی و سزارین)، نازایی و ناباروری شامل اعمال جراحی مرتبط، IUI، ZIFT، GIFT، میکرواینجکشن و IVF منظور می گردد.

○ ۳ ماه دوران انتظار برای بیماری های مزمن

در این موارد امکان حذف دوران انتظار وجود دارد:

۱. در صورت تمدید بیمه نامه درمان تکمیلی سامان اعم از گروهی یا خانواده (با فاصله حداکثر یک ماه بعد از انقضای بیمه نامه قبلی) برای

بیمه شدگان حقیقی

۲. در صورت ارائه آخرین لیست تأیید شده توسط بیمه گر سال قبل (ممهور به مهر شعبه و مشروط به آنکه بیش از یک ماه از بیمه نامه

منقضی سپری نشده باشد) برای گروه های کوچک و متوسط (SME)، صرفاً برای افراد نامبرده در لیست.

بیماری های مزمن:

رفع عیوب انکساری چشم (شامل لیزیک، لازک. در صورتیکه به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر، درجه نزدیک بینی، دوربینی، آستیگمات یا جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم (درجه نزدیک بینی یا دوربینی به علاوه نصف آستیگمات) ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد، در غیر اینصورت غیر قابل پرداخت می باشد)، سمعک، کاتاراکت، استرابیسم (فقط جنبه درمانی برای افراد زیر ۷ سال)، پولیپ و انحراف بینی، جراحی سینوزیت، جراحی لوزه، بیماری های قلبی - عروقی، بیماری های گوارشی (زخم های گوارشی، کولیت روده - گاستریت معده و ...)، بیماری های مزمن کلیوی، سکتة مغزی، جراحی دیسک ستون فقرات، پروستات، واریکوسل، میمومکتومی، هیستریکتومی، سیستوسل، رکتوسل، آنتروسل، فتق، اختلالات تیروئیدی، اختلالات ریوی، آسم و آلرژی، ایدز (سندرم نقص ایمنی اکتسابی)، صرع، دیابت، سیروز کبدی، انواع سرطان، هپاتیت، استومی های طولانی، اسکیزوفرنی، تومور مغزی خوش خیم عارضه دار، معلولیت ذهنی با ضریب هوشی زیر ۵۰، فلج دائمی حداقل دو عضو در بیماران CP و قطع نخاع، بیماری های متابولیک ناتوان کننده، آلزایمر بالای ۶۰ سال که نیازمند به نگهداری باشد، حوادثی مانند سوختگی یا تصادف که منجر به قطع عضو یا بدفرم شدن صورت یا بدن یا اختلال عملکرد عضو می گردد، بیماری های مزمن استخوانی و مفصلی (آرتروز و روماتیسم)، کاشت حلزون شنوایی، بیماری مغزی ALS، معلولیت های جسمی غیرمادرزادی که جنبه درمانی دارند مانند نابینایی، ناشنوایی، لالی و هر نوع بیماری طولانی مدتی که تغییرات جسمانی در بدن ایجاد و کارکردهای بیمار را محدود می گرداند، با تشخیص پزشک معتمد، منظور می گردد.

استثنائات:

کلیه هزینه های چکاپ و واکسن، عقیم سازی (مگر آنکه جنبه درمانی داشته باشد)، کلیه اعمال جراحی مربوط به چاقی همانند اسلیو معده، بای پس معده و ... و همچنین تعویض مفصل زانو جزء **استثنائات** این بیمه نامه بوده و غیرقابل پرداخت می باشد.

نکته: هزینه های مربوط به ناهنجاری جنین (غربالگری) صرفاً در طرح های دارای این پوشش قابل پرداخت می باشد.

افزایش قیمت:

این بیمه نامه بر اساس تغییرات تعرفه های از طریق مقامات ذیصلاح بصورت سالیانه مشمول افزایش قیمت خواهد شد.

تذکر: شرایط فسخ درج شده در شرایط عمومی مطابق با بندهای زیر در این بیمه نامه مصداق ندارد:

۱: در صورتی که خطر موضوع مورد بیمه کاهش یابد و بیمه گر حاضر به تخفیف در حق بیمه نشود.

۲: انتقال پورترفوی بیمه گر و یا توقف فعالیت بیمه گر به هردلیل.

۳: در صورت توقف فعالیت بیمه گذار که بیمه شدگان به دلیل آن بیمه شده اند.

نکته: با فسخ بیمه نامه و یا حذف هر یک از بیمه شدگان، در صورت دریافت هزینه های درمانی، بیمه گذار ملزم به پرداخت حق بیمه تا پایان مدت بیمه نامه می باشد.

مهلت تحویل مدارک بیمارستانی و پاراکلینیکی:

مهلت تحویل مدارک بیمارستانی و پاراکلینیکی جهت تسویه هزینه های انجام شده حداکثر **چهار ماه** تمام از تاریخ تنظیم صورتحساب می باشد.