

### حضور محترم روسا و کارشناسان شعب

به منظور تلاش در جهت یکسان سازی و سهولت در فروش بیمه نامه های آرمان زندگی با هدف تسریع و تسهیل در فرایند صدور این بیمه نامه ، خواهشمند است کارشناسان محترم شعب ، منبعا از جداول و فرم های پیوست استفاده و موارد به شرح زیر را قبل از صدور بیمه نامه لحاظ نمایند .

- جدول آزمایشات پزشکی ( پیوست شماره ۱ )
- فرم معاینات پزشکی ( پیوست شماره ۲ )
- فرم معرفینامه مراکز پزشکی ( پیوست شماره ۳ )
- واحد های صدور موظف می باشند قبل از صدور بیمه نامه ، و پس از تکمیل فرم پیشنهاد توسط بیمه گذار و در صورت نیاز به انجام مراحل مربوط به معاینات پزشکی ، وضعیت سلامتی بیمه شده را مشخص و به تناسب سلامت وی ، حق بیمه را نیز تعیین نمایند .
- در تشخیص نوع آزمایشات پزشکی برای هر بیمه شده ، باید هر دو شرط سن و سرمایه مندرج در جدول آزمایشات پیوست شماره ۱ ، با هم مد نظر قرار گیرند .
- معاینات لازم برای سنین زیر ۱ سال و با هر سرمایه فوت ، با تکمیل فرم معاینات پزشکی پیوست شماره ۲ طبق نظر پزشک معتمد انجام می شود .
- معافیت از انجام آزمایشات و معاینات پزشکی طبق جدول آزمایشات پیوست شماره ۱ ، مختص افراد سالمی است که طبق فرم پیشنهاد تکمیل شده دارای سوابق بیماری و جراحی نداشته باشند و یا اینکه معافیت طبق شرط سن و سرمایه باشد . در غیر اینصورت ، متناسب با نظر پزشک معتمد نسبت به انجام معاینات پزشکی و آزمایشات مورد نظر اقدام خواهد شد .
- اگر بیمه نامه ای که طبق برنامه جدول آزمایشات شماره ۱ ، مشمول انجام معاینات باشد و در صورتی که بدون معاینه پزشکی صادر شود ، بیمه نامه بایستی ابطال ( در مدت یک ماه اول ) و پس از آن با رعایت کامل برنامه معاینات و آزمایشات پزشکی این بخشنامه ، مجدداً صادر شود . مگر در حالتی که بیش از یک ماه از صدور بیمه نامه گذشته باشد که در این حالت بیمه نامه فسخ شده و جبران ضرر و زیان ناشی از فسخ بر عهده مسئول واحد صادر کننده بیمه نامه خواهد بود .
- برای بیمه شده ای که دارای چند فقره بیمه نامه عمر است ، مجموع سرمایه خطر فوت همه بیمه نامه های وی ملاک عمل قرار خواهد گرفت .
- در بیمه نامه های گروهی اگر بیش از ۷۰٪ کارکنان بیمه گذار تحت پوشش قرار گیرند و شرط دوران انتظار بیماری های خاص نیز در شرایط عمومی بیمه نامه لحاظ شده باشد ، انجام معاینات پزشکی و یا عدم انجام آن منوط به هماهنگی با مدیریت بیمه های زندگی است .



- بدیهی است نظر پزشک معتمد به صورت مکتوب و با امضاء ایشان می بایست در سوابق هر بیمه نامه مربوطه درج و بایگانی شده باشد .
  - هزینه آزمایش پزشکی توسط بیمه گذار پرداخت می شود و در صورتی که منجر به صدور بیمه نامه شود ، هزینه آزمایش پزشکی توسط شرکت بیمه گر به بیمه گذار پرداخت می گردد ، در غیر اینصورت هزینه آزمایش به عهده بیمه گذار است .
  - برای افراد بالای ۷۰ سال تمامی هزینه های آزمایشات به عهده خود بیمه گذار خواهد بود .
- از آنجایی که در بیمه های آرمان زندگی بررسی فرم پیشنهادی از اهمیت خاصی برخوردار می باشد ، به ذکر نکاتی مختصر در این خصوص می پردازیم :

- تکمیل فرم پیشنهاد توسط بیمه گذار
- در صورتی که مشکل سلامتی نداشته باشد ، فرم پیشنهاد و فیش واریزی جهت صدور بیمه نامه تحویل کارشناس مربوطه قرار می گیرد .
- در صورتی که مشکل سلامتی داشته باشد ، پزشک معتمد کلیه موارد مربوط به سلامتی فرد بیمه شده را بررسی و موارد زیر می تواند اتفاق افتد :

- ✓ پزشک معتمد در فرم مربوطه اضافه نرخ اعمال می نماید یا اینکه صدور بیمه نامه را منتفی می داند .
- ✓ ممکن است که پزشک در خواست نماید که با بیمه شده بطور تلفنی یا حضوری صحبت داشته باشد ، تا تصمیم نهایی گرفته شود .
- ✓ امکان دارد ، پزشک معتمد درخواست آزمایشات پزشکی دهد ، که بیمه شده با معرفی نامه به آزمایشگاه های طرف قرارداد مراجعه و نتیجه به پزشک معتمد ارجاع می گردد ، برای جاهایی که آزمایشگاه طرف قرارداد وجود ندارد بیمه شده مستقیماً جهت انجام آزمایشات مراجعه می نماید . تا پزشک معتمد پس از دریافت نتیجه آزمایش ، تصمیم نهایی را بگیرد که در این صورت سه حالت به شرح ذیل امکان پذیر است .

- اضافه نرخ تعلق گیرد
- صدور بیمه نامه منتفی اعلام گردد
- بیمه نامه بدون اعمال اضافه نرخ صادر شود

با تشکر  
خسرو جاندیری  
سرپرست مدیر بیمه های زندگی





بیمه آرایه  
سرمایه

## جدول آزمایشات

۵۱ به بالا	۳۱-۵۰	۱۶-۳۰	۱-۱۵	
ب	ب	---	---	۱ تا ۵ سال
الف، ب	ب	---	---	۶ تا ۴۰ سال
الف، ب، ج، د، ویزیت متخصص قلب	الف، ب، ج، د	الف، د	---	۴۱ تا ۴۹ سال
الف، ب، د، ه، ز	الف، ب، د، ه	الف، ب، ج، د	الف، د	۵۰ تا ۶۹ سال
الف، ب، د، ه، ز ویزیت متخصص قلب	الف، ب، د، ه، ز	الف، ب، ج، د، ویزیت متخصص قلب	الف، ب، ج، د	۷۰ تا ۸۰ سال

الف) آزمایش عمومی خون (شامل پنندهای LDL، HDL، Chol، TG، FBS، Cr، ESRT، BUN، CBC diff، U/A، Uric Acid، SGOT، ALP، SGPT)

ب) معاینه پزشکی (معاینه بالینی عمومی شامل قد و وزن، ضربان قلب، معاینه گوش و حلق، سمع ریه و وضعیت ظاهری بدن)

ج) نوار قلب (ECG) و تفسیر پزشک متخصص قلب یا متخصص داخلی

د) برای بانوان: ماموگرافی - پاپ اسمیر / برای آقایان: پروستات (PSA)

ه) تست ورزش (ETT) و تفسیر توسط متخصص قلب

ز) اکوکاردیوگرافی

۱- هزینه چکاپ بیمه شدگان بالای ۷۰ سال به عهده بیمه گذار خواهد بود

۲- برای بیمه شدگان زیر یک سال با هر سرمایه فوت، برگه معاینه پزشک متخصص بیمارستان محل تولد یا ویزیت متخصص اطفال



بیمه آریان

پزشک محترم

با احترام ، خانم/آقای :..... شماره شناسنامه:..... متولد:.....

جهت معاینه پزشکی بیمه عمر معرفی می گردد. خواهشمند است، با توجه به پیشنهاد تکمیل شده ضمیمه از نامبرده (با تطبیق کارت شناسائی) معاینه پزشکی به عمل آورده و نتایج را در فرم زیر مرقوم نمائید.

امضاء واحد صدور

تاریخ :...../...../.....

مشخصات معاینه شونده

قد:..... وزن:..... دمای زیر زبانی:..... فشار خون:..... تعداد تنفس:..... تعداد ضربان قلب:.....

مصرف دارو :.....

سابقه عمل جراحی یا بستری : دارد ☐ ندارد ☐

در صورت داشتن سابقه ، علت را توضیح دهید :

<p>توضیحات:.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>۱-پوست:</p> <p>وجود زخم قدیمی - اسکار جراحی</p> <p>ضایعات پوستی (پورپورا - اگزما - تلائنکتازی - ایکتر)</p>
<p>توضیحات:.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>۲-سر و گردن:</p> <p>آرتروقی تمپورال</p> <p>زردی صلبه</p> <p>علائم کم خونی در ملتحمه</p> <p>وضعیت بینائی به لحاظ اندازه مردمک ها ، لوچی ، اگزوفتالمی ، گزوفتالمی و غیره</p> <p>وضعیت شنوایی</p> <p>وضعیت گوش و کانال پرده صماخ</p> <p>وضعیت بویایی به لحاظ وجود یا عدم وجود حس بویائی</p> <p>وضعیت زبان ، دهان ، حلق</p> <p>توده های گردنی خصوصا غدد لنفاوی</p> <p>معاینه تیروئید</p>
<p>توضیحات:.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>۳-قفسه سینه:</p> <p>ظاهر قفسه سینه</p> <p>وضعیت نواحی سوپراکلاویکولار</p> <p>حرکات تنفسی و میزان اتساع قفسه سینه حین دم</p> <p>سمع ریه به لحاظ صدای غیر طبیعی و رال</p> <p>در خصوص خاتم ها ، وضعیت پستان ها به لحاظ تقارن، توده بزرگی</p>
<p>توضیحات:.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>۴-قلب و عروق:</p> <p>سمع قلب</p> <p>وضعیت ضربان و نبض به لحاظ آریتمی</p> <p>وضعیت ورید جگولار و فشار آن JVP</p> <p>علائم سیانوز مرکزی و سیانوز محیطی</p>





بیمه آرایه شکم:

توضیحات:	ظاهر شکم لمس شکم تندرنس شکم و لگن (محل آن را لوکائیزه کنید) ارگائومگالی علائم وجود آسیب علائم وجود فتق های شکمی و مغبنی توده های شکمی
توضیحات:	۶- وضعیت عصبی و روانی: لرزش اندام ها حرکات غیرارادی سر و گردن و اندامها وضع راه رفتن ، ایستادن و تعادل وضعیت صحبت کردن ، برقراری ارتباط ، محتوای فکر و.. وضعیت خلق ، عاطفه، وجود توهم یا هزیان
توضیحات:	۷- وضعیت اندام های حرکتی : وضعیت اسکلتی به لحاظ دفورمیتی ، تندرنس استخوان وضعیت عضلات و قدرت عضلاتی ، وضعیت مفاصل و محدودیت حرکتی وضعیت ستون فقرات به لحاظ ظاهر ، تندرنس مهره ها سابقه جراحی دیسک ستون فقرات

علت خاصی که تاثیر نامساعدی روی سلامتی و طول عمر داوطلب داشته باشد. ☐ وجود دارد ☐ وجود ندارد

(در صورت وجود علت را توضیح دهید):

اظهار نظر پزشک معاینه کننده:

اینجانب دکتر ..... دارنده نظام پزشکی ..... باتوجه به معاینه خانم/آقای .....

در تاریخ ..... / ..... / ..... مراتب فوق مورد تایید می باشد.

مهر و امضاء پزشک معاینه کننده

## معرفی نامه

شماره سریال:

تاریخ صدور :

شماره بیمه نامه:

مدیریت محترم مرکز .....

باسلام،

احتراماً ، بدین وسیله نامبرده با مشخصات ذیل، جهت استفاده از خدمات سرپائی آن مرکز پزشکی جهت چکاپ معرفی می گردد، خواهشمند است نسبت به کنترل مشخصات مندرج در این معرفی نامه با کارت شناسایی معتبر شخص بیمار اقدام و متعاقباً طبق شرایط قرارداد فی مابین و رعایت موارد زیر اعمال گردد.

نام و نام خانوادگی :	نام پدر :	کدملی:	تاریخ تولد:
شرح خدمت درمانی/تشخیصی :			
الف) آزمایش عمومی خون (شامل بندهای HDL ,LDL ,Chol ,TG ,FBS ,Cr ,BUN,ESRT ,CBC diff ,U/A ,Uric Acid ,SGOT ,ALP,SGPT)			
ب) معاینه پزشکی (طبق برگه معاینه پزشکی پیوست)			
ج) نوار قلب و تفسیر پزشک متخصص قلب یا متخصص داخلی			
د) برای بانوان: ماموگرافی - پاپ اسمیر/ برای آقایان: پروستات			
ه) تست ورزش و تفسیر متخصص قلب			
ز) اکوکاردیوگرافی			

۱) معرفی نامه ای که مخدوش و یا دارای قلم خوردگی و لاک گرفتگی باشد از درجه اعتبار ساقط خواهد بود.

واحد صدور معرفی نامه