



# فرم پرسشنامه پزشکی بیمه نامه عمر و زندگی

شماره سند: FM-LF-15/01

تاریخ: ۱۴۰۰/۰۴/۲۳

پیوست: ندارد

صفحه: ۱ از ۱

شماره بیمه نامه:	نام و نام خانوادگی بیمه گذار:	واحد صدور بیمه نامه:
کد رایانه بیمه نامه:	نام و نام خانوادگی بیمه شده:	تاریخ صدور بیمه نامه:

پرسش های پزشکی از بیمه گذار (در صورتی که پوشش معافیت از پرداخت حق بیمه متعلق به بیمه گذار باشد می بایست اطلاعات بیمه گذار نیز تکمیل گردد).

پرسش های پزشکی از شخص بیمه شده

علت تکمیل نمودن پرسشنامه پزشکی:

افزایش سرمایه فوت  افزایش نرخ تعدیل سالیانه سرمایه فوت  اضافه نمودن پوشش های تکمیلی  افزایش مدت بیمه نامه  
 افزایش حق بیمه  افزایش نرخ تعدیل حق بیمه  رفع تعلیق بیمه نامه  سایر موارد (لطفاً قید گردد)

شغل فعلی بیمه شده:  شغل فعلی بیمه گذار:

بله	خیر	در صورت مثبت بودن هر یک از سوالات زیر لطفاً بیماری مورد نظر دقیقاً مشخص و توضیحات خواسته شده تکمیل گردد
		۱. سابقه بیماری های قلب و عروق مانند انجام عمل بای پس، آنژیوپلاستی، آنوریسم، فشار خون و درد قفسه سینه، سکت قلبی، واریس و سایر بیماری های مرتبط
		۲. سابقه بیماری های دستگاه تنفسی مانند: ذات الریه، سرطان، سرفه مزمن، تنگی نفس به هنگام فعالیت، آسم و خلط چرکی یا خونی سایر بیماری های مرتبط
		۳. سابقه بیماری های خونی مانند لوسمی ها، هموفیلی، تالاسمی ماژور، سابقه تزریق خون، کم خونی، خونریزی های بدون علت و سایر بیماری های مرتبط
		۴. سابقه بیماری های دستگاه گوارش مانند مری، معده، کبد، پانکراس، دردهای مزمن شکمی، تهوع و استفراغ های مکرر و سایر بیماری های مرتبط
		۵. سابقه بیماری های اعصاب و روان مانند اضطراب، افسردگی، خودکشی و سایر بیماری های مرتبط
		۶. سابقه بیماری های داخلی اعصاب مانند سکت مغزی، تشنج، صرع، مشکلات حرکتی، فراموشی، ام اس و سایر بیماری های مرتبط
		۷. سابقه بیماری های کلیه مانند مجاری ادرار، مشکلات پروستات، خون در ادرار، سوزش ادرار، سنگ کلیه و سایر بیماری های مرتبط
		۸. سابقه بیماری های گوش، حلق و بینی، کاهش شنوایی، خونریزی بینی، بیماری های چشمی، آب مروارید، گلوکوم، سرگیجه و سایر بیماری های مرتبط
		۹. سابقه بیماری های پوستی مانند خال بزرگ یا در حال رشد، خال تغییر رنگ یافته، زخم طول کشیده، خونریزی زیر پوستی و سایر بیماری های مرتبط
		۱۰. سابقه بیماری های عضلات و مفاصل مانند دردهای ستون فقرات، بیماری های اسکلتی، عضلانی، مفاصل، روماتیسم و سایر بیماری های مرتبط
		۱۱. سابقه بیماری های غدد داخلی مانند تیروئید، غدد لنفاوی بزرگ شده، دیابت، کاهش یا افزایش اشتها، چربی خون بالا و سایر بیماری های مرتبط
		۱۲. سابقه بیماری های عفونی مانند سل، هیپاتیت، حصبه، تب مالت، مالاریا، ایدز، کیست هیداتیک و سایر بیماری های مرتبط
		۱۳. سابقه بیماری های زنان مانند انجام هیسترکتومی، ماستکتومی، خونریزی های بدون علت دستگاه تناسلی و سایر بیماری های مرتبط

۱۴. در صورت مثبت بودن، پاسخ هر یک از پرسش های فوق لطفاً موارد زیر را تکمیل فرمایید.

- نام بیماری: نام داروی مصرفی و میزان آن: تاریخ شروع بیماری: وضعیت فعلی بیماری:
۱۵. سابقه ابتلا به بیماری و عارضه دیگر که در سوالات بالا ذکر نشده است؟ توضیح فرمائید:  خیر  بلی
۱۶. آیا در یک سال گذشته به هر علتی به پزشک مراجعه کرده اید؟ توضیح فرمائید:  خیر  بلی
۱۷. آیا در طول زندگی خود عمل جراحی داشته اید و یا به هر دلیلی در بیمارستان بستری شده اید؟ توضیح فرمائید:  خیر  بلی
۱۸. آیا دارای نقص عضو و یا از کار افتادگی می باشید؟ کدام قسمت توضیح فرمائید:  خیر  بلی
۱۹. آیا در حال حاضر باردار هستید؟ زمان تقریبی بارداری:  خیر  بلی
۲۰. قد: ..... سانتیمتر وزن: ..... کیلوگرم تغییرات وزن در سه ماه اخیر: .....
۲۱. آیا از موتور سیکلت به عنوان راکب استفاده می نماید؟  خیر  بلی
۲۲. آیا سابقه مصرف هر نوع مواد دخانی یا مواد مخدر، مشروبات الکلی را دارید یا داشته اید؟  خیر  بلی میزان مصرف:
۲۳. آیا ورزش هایی را به طور حرفه ای انجام می دهید؟  خیر  بلی توضیح بفرمائید:
۲۴. آیا دارای معافیت پزشکی از خدمت نظام وظیفه هستید؟  خیر  بلی علت معافیت را بنویسید:
۲۵. آیا پدر و مادر شما در قید حیات می باشند؟  خیر  بلی سن فوت پدر: علت فوت پدر: سن فوت مادر: علت فوت مادر:
۲۶. آیا در بین افراد درجه یک خانواده شما کسی به سل، سرطان، بیماری های قلبی، دیابت، اعصاب و یا بیماری های مسری مبتلا بوده است؟  خیر  بلی  
در صورت مثبت بودن: نوع بیماری: نسبت با بیمه شده: وضعیت فعلی فرد:

نام و امضاء بیمه گذار: نام و امضاء بیمه شده یا قیم قانونی وی: نام و امضاء نماینده/کارشناس:

تاریخ: تاریخ: تاریخ:

تأیید صحت امضاء توسط کارشناس صدور الحاقیه: