



## فرم پرسشنامه پزشکی متقاضیان بیمه عمر و حوادث گروهی

نام بیمه گذار : \_\_\_\_\_ تلفن : \_\_\_\_\_

مشخصات بیمه شده	نام و نام خانوادگی		مرد <input type="checkbox"/>	مجرد <input type="checkbox"/>	قد	وزن	تاریخ تولد	شماره شناسنامه	محل صدور
			زن <input type="checkbox"/>	متاهل <input type="checkbox"/>					
	نام پدر	تاریخ استخدام	شماره پرسنلی	حقوق ماهیانه	سمت و مقام استخدامی خود را به تفصیل شرح دهید				

وضعیت سلامتی بیمه شده (کاملاً محرمانه)	ردیف	بیماری	بلی	خیر	ردیف	بیماری	بلی	خیر
	۱	بیماری دستگاه تنفسی (سرفه مزمن ، آسم و ...)			۱۳	بیماری های قلبی ، فشار خون ، درد قفسه سینه و تنگی نفس فعالیتی و ...		
	۲	بیماری های خونی ، سابقه تزریق خون ، کم خونی			۱۴	بیماری های گوارشی ، کبد ، پانکراس و ...		
	۳	بیماری اعصاب و روان ، افسردگی و اضطراب و ...			۱۵	بیماری های داخلی اعصاب ، تشنج ، سکتة مغزی		
	۴	بیماری های کلیه و مجاری ادرار و ...			۱۶	بیماری های گوش و حلق و بینی		
	۵	بیماری های پوستی ، خال های بزرگ			۱۷	بیماری های چشمی و استفاده از عینک		
	۶	بیماری های غدد داخلی و متابولیک نظیر دیابت ، تیروئید و چربی خون بالا			۱۸	بیماری های استخوانی ، عضلات و مفاصل و ...		
	۷	آیا سابقه سرطان و بدخیمی داشته اید ؟			۱۹	سابقه بیماری های عفونی مانند سل ، هیپاتیت و ایدز و ...		
	۸	آیا به بیماری یا عارضه دیگری مبتلا شده اید که ذکر نشده باشد ؟			۲۰	آیا مورد عمل جراحی قرار گرفته یا بستری شده اید ؟		
	۹	آیا دچار از کارافتادگی شده اید ؟			۲۱	آیا دچار نقص عضو شده اید ؟		
	۱۰	آیا کسی از بستگان درجه اول شما به بیماری قلبی ، سرطان یا سل و ... مبتلا شده یا می باشد ؟			۲۲	آیا در شش ماه گذشته کاهش وزن داشته اید ؟		
	۱۱	آیا از دارو برای بیماری طولانی مدت استفاده می کنید ؟			۲۳	آیا در حال حاضر به لحاظ پزشکی سالم هستید ؟		
مخصوص بانوان	۱۲	آیا در حال حاضر باردار هستید ؟			۲۴	آیا بیماری های زنانه دارید ؟		

در صورت مثبت بودن هر کدام از سوالات فوق با ذکر نام بیماری، زمان شروع بیماری ، نوع و میزان داروی مصرفی ، مدت زمان داروی مصرفی، درمان انجام شده و وضعیت فعلی (بیمه شده) را توضیح دهید (در صورت بستری ، تاریخ و علت عمل جراحی یا بستری شدن را ذکر فرمایید).

سایر موارد

۱- در صورت استفاده از موارد ذکر شده ، مقدار ، نوع و مدت مصرف را اعلام نمایید . سیگار  مشروبات الکلی  مواد مخدر  مقدار .....

۲- وضعیت انجام نظام وظیفه : انجام خدمت  معافیت پزشکی  معافیت غیرپزشکی  سایر

در صورت معافیت، علت آن را با ذکر ماده و بند مربوطه شرح دهید .

۳- آیا از موتور سیکلت دنده ای استفاده می نمایید ؟ خیر  بلی، به ندرت  بلی، به طور مستمر

۴- آیا از رشته (های) ورزشی خاصی را انجام می دهید ؟ خیر  بلی، تفریحی  حرفه ای  نام رشته (های) ورزشی : .....

۵- آیا مسافرت مستمر انجام می دهید ؟ خیر  بلی

۶- در صورت پاسخ مثبت تعداد مسافرت ماهانه ، وسیله نقلیه و مقصد را بیان فرمایید .

بدین وسیله تعهد می نمایم که کلیه جواب های داده شده کامل و با حقیقت منطبق بوده بنابراین پوشش بیمه اینجانب بر پایه اظهارات فوق می باشد .

تاریخ \_\_\_\_\_ امضاء \_\_\_\_\_

این قسمت توسط بیمه گذار (کارفرما) تکمیل شود :

آیا از نقطه نظر سلامت مزاجی دلیلی وجود دارد که کارمند این پرسشنامه نتواند تحت پوشش بیمه قرار گیرد ؟ خیر  بلی

در صورت مثبت بودن توضیح داده شود .....

تاریخ \_\_\_\_\_ امضاء \_\_\_\_\_

نظر پزشک معتمد بیمه گر راجع به وضعیت سلامت بیمه شده :