

۱۶. آیا سابقه بستری شدن در بیمارستان یا آسایشگاه را دارید؟ در صورت مثبت بودن علت آن، مدت و تاریخ بستری را توضیح دهید؟
۱۷. آیا از سیگار، مشروبات الکلی و مواد مخدر استفاده می کنید؟ در صورت مثبت بودن نوع و میزان و مدت مصرف آن را ذکر کنید؟
۱۸. آیا از دارو برای بیماری طولانی مدت استفاده کرده یا می کنید؟ در صورت مثبت بودن نوع و میزان مصرف دارو را ذکر کنید؟
۱۹. آیا کسی از بستگان درجه اول شما به بیماری سل، تشنج، سرطان، بیماری قلبی، فشار خون، مرض قند، نارسایی کلیه، سکته مغزی، بیماری مادر زادی یا بیماری روحی و عصبی مبتلا بوده یا می باشد؟ در صورت مثبت بودن توضیح دهید؟
۲۰. آیا در شش ماه گذشته کاهش وزن داشته اید؟ در صورت مثبت بودن میزان و علت کاهش وزن را توضیح دهید؟
۲۱. آیا در شش ماه گذشته افزایش وزن داشته اید؟ در صورت مثبت بودن میزان و علت افزایش وزن را توضیح دهید؟
۲۲. آیا در حال حاضر کاملاً سالم هستید؟
- توضیحات:

۱. آیا دچار عوارض و بیماری های ناشی از حاملگی و زایمان نظیر فشار خون یا مسمومیت حاملگی، سقط جنین، مول و عفونتها و خونریزی بعد از زایمان و غیره شده اید؟
۲. آیا بیماری های خاص زنان داشته اید؟
۳. آیا دچار ترشح، خونریزی، توده یا درد در ناحیه سینه و یا زیر بغل شده اید؟
۴. آیا خونریزی غیر طبیعی و یا لکه بینی داشته اید؟
- توضیحات:

آیا تا به حال درخواست بیمه عمر یا حوادثی نموده اید که به علی شرکت بیمه آن را رد و یا به تعویق انداخته باشد و یا با اضافه نرخ بیمه نموده باشد؟ در صورت مثبت بودن پاسخ توضیح دهید؟

● مشخصات افراد خانواده (پدر، مادر، خواهران و برادران) در صورت حیات یا فوت هر یک از آنها

ردیف	نام و نام خانوادگی	نسبت	در قید حیات	چگونگی وضعیت سلامتی	سن فوت	تاریخ فوت	علت فوت

آیا هیچ یک از افراد نامبرده بعلت ناخوشی های ذکر شده در قسمت فوق تحت معالجه و یا مشورت پزشک بوده اند؟

اینجانب تایید می نمایم که به کلیه پرسشهای این پرسشنامه با صداقت و حقیقت پاسخ داده و در صورت اظهار خلاف واقع، بیمه گرمی تواند نسبت به لغو پوشش بیمه اینجانب اقدام نماید.
امضاء بیمه شده:

● آیا کارمند موضوع پیشنهاد بیمه بعلت بیماری حاد و یا اعمال جراحی، مرخصی استعلاجی طولی مدت داشته است؟ در صورت مثبت بودن جواب، توضیحات لازم داده شود.
مهرو امضاء بیمه گذار:

نظریات پزشک معتمد شرکت بیمه پاریسیان راجع به سلامتی بیمه شده:
مهرو امضاء پزشک:

با توجه به مطالب اظهار شده از سوی بیمه شده و بیمه گذار و نظر پزشک معتمد شرکت بیمه پاریسیان، صدور بیمه نامه گواهی
برای بیمه شده:
بلامانع است امکان پذیر نمی باشد
مهرو یا امضاء کارشناس صدور:



فرم پرسشنامه پزشکی و تعیین ذینفع

شماره شناسایی: PI32F002

شماره بازنگری: 00

شماره بیمه نامه:	کد ملی:	نماینده‌گی کارگزار:
نام بیمه گذار:	تلفن:	کد:
تاریخ تولد / تاسیس: روز	ماه	سال
نشانی:		
کد پستی:		

مشخصات بیمه نامه و بیمه گذار

نام و نام خانوادگی:	کد ملی:
جنسیت: زن <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/>	تاریخ تولد: روز
شماره شناسنامه:	ماه
شغل اصلی در حال حاضر:	سال
درآمد ماهیانه:	محل صدور:
آدرس محل سکونت و تلفن:	وضعیت تاهل: متاهل <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/>
آدرس محل کار و تلفن:	شغل گذشته یا فرعی:
قد:	وزن:
سانتی متر	کیلو گرم
تاریخ استخدام:	

مشخصات بیمه شده

ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره شناسنامه	تاریخ تولد	محل صدور	نسبت با بیمه شده	درصد سهم از سرمایه بیمه شده

مشخصات ذینفع یا استفاده کنندگان از سرمایه بیمه در صورت فوت بیمه شده

• **تذکر مهم** - در صورت فوت بیمه شده چنانچه استفاده کننده (گان) از سرمایه تعیین نشده باشد، سرمایه بیمه بین وراث قانونی بیمه شده به نسبت سهم الارث تقسیم خواهد شد و چنانچه استفاده کننده (گان) از سرمایه تعیین شوند و میزان سهم آنها مشخص نشده باشد، سرمایه بیمه بین استفاده کننده (گان) از سرمایه بیمه به نسبت مساوی تقسیم خواهد شد.

• آیا تا به حال به بیماری های زیر مبتلا بوده یامی باشید؟ در صورت مثبت بودن پاسخ هر یک از موارد ذیل تاریخ بروز و مدت بیماری و عوارض بجا مانده و نام پزشک معالج را با ذکر شماره سوال بنویسید:

- بیماری های دستگاه تنفسی مانند سرفه مزمن، تنگی نفس به هنگام فعالیت، آسم و خلط چرکی یا خونی و غیره.
- بیماری های قلب و عروق بخصوص فشار خون و درد قفسه سینه، سکته قلبی، واریس و غیره.
- بیماری های خونی، سابقه تزریق خون، کم خونی، خونریزی های بدون علت و غیره.
- بیماری های گوارشی، کبد، پانکراس، دردهای مزمن شکمی، خونریزی گوارشی، تهوع و استفراغ مکرر، زردی و غیره.
- بیماری های اعصاب و روان، اضطراب، افسردگی، خودکشی و غیره.
- بیماری های داخلی اعصاب، تشنج، سکته مغزی، مشکلات حرکتی، فراموشی و غیره.
- بیماری های کلیه، مجاری ادرار، مشکلات پروستات، خون در ادرار، سوزش ادرار، سنگ کلیه و غیره.
- بیماری های گوش و حلق و بینی، چشمی، کاهش شنوایی، خونریزی های بینی، کاهش بینایی، نابینایی، سرگیجه و غیره.
- بیماری های پوستی، خال های بزرگ یا در حال رشد، خال های تغییر رنگ یافته، زخم طول کشیده، خونریزی های زیر پوستی، توده جلدی، و غدد لنفاوی بزرگ شده و غیره.
- بیماری های استخوانی، عضلات و مفاصل، دردهای عضلانی، دردهای ستون فقرات، خشکی و درد مفاصل و غیره.
- بیماری های غدد داخلی نظیر تیروئید و دیابت و یا ... کاهش یا افزایش اشتها، چربی خون بالا و غیره.
- سابقه بیماری های عفونی مانند سل، هپاتیت، خصبه، تب مالت، مالاریا، ایدز، کیست هیداتیک و غیره.
- آیا به بیماری و عارضه دیگری مبتلا شده اید که در فوق ذکر نشده باشد؟
- آیا مورد عمل جراحی قرار گرفته اید؟ در صورت مثبت بودن نوع عمل و تاریخ آن را توضیح دهید؟
- آیا دچار نقص عضو یا از کار افتادگی شده اید؟ در صورت مثبت بودن شرح دهید؟

وضعیت سلامتی بیمه شده