



## فرم پرسشنامه تعیین سطح سلامت بیمه درمان خانواده

نام و نام خانوادگی بیمه شده: ----- نام و نام خانوادگی بیمه گذار: -----

بیمه گذار محترم ضمن تشکر از حسن انتخاب شما خواهشمند است فرم زیر را در کمال دقت و صداقت تکمیل نمایید. در صورت هر گونه اظهار نظر خلاف واقع و خودداری از پاسخگویی از آنچه که درباره وضع سلامت خود یا ود می دانید به موجب ماده ۱۲ قانون بیمه، بیمه نامه در هر زمان طی مدت اعتبار آن ابطال و مزایای تحت پوشش آن سلب خواهد شد.

۱- در صورت داشتن سابقه بستری طی ۵ سال گذشته با رعایت الویت سال بستری جدول زیر را تکمیل نمایید.

نوع بیماری	۱-	بیمارستان	۱-	تاریخ بستری	۱-
	۲-		۲-		۲-

۲- در صورتی که به بیماری هایی از قبیل قلب و عروق، فشار خون، قند، کلیه و مجاری ادرار، بیماریهای خاص زنان یا مردان، ناهنجاری های استخوانی، دستگاه گوارش، چشم، فتق، بیماری های ریه، نقص عضو، بیماری های مادرزادی، تومورها، کیست ها و سایر بیماری ها، مبتلا بوده یا می باشید، موارد زیر را تکمیل نمایید.

نام بیماری و مدت ابتلاء به آن	۱-	درمان انجام شده	۱-	وضعیت کنونی	۱-
	۲-		۲-		۲-
	۳-		۳-		۳-

۳- در صورت مصرف دارویی خاص یا مصرف دارویی در طولانی مدت موارد زیر تکمیل گردد.

نام دارو	۱-	مقدار مصرف	۱-	مدت مصرف	۱-
	۲-		۲-		۲-

۴- در صورت داشتن سابقه مصرف سیگار، مواد مخدر، مشروبات الکلی و ... موارد زیر تکمیل گردد.

نوع مواد مصرفی	۱-	مدت مصرف	۱-	میزان مصرف	۱-
	۲-		۲-		۲-
در صورت ترک مصرف زمان آن					

۵- در صورتی که در ۶ ماه گذشته کاهش یا افزایش وزن داشته اید موارد زیر به طور کامل تکمیل گردد.

میزان کاهش یا افزایش وزن	مدت کاهش یا افزایش	علت
--------------------------	--------------------	-----

۶- در صورتی که در طول یکسال گذشته معاینات و آزمایشات دوره ای انجام داده اید موارد زیر تکمیل گردد.

تاریخ معاینه یا آزمایش	علت معاینه یا آزمایش	یک نسخه از نتیجه آن را پیوست نمایید.
------------------------	----------------------	--------------------------------------

۷- در صورت داشتن سابقه فوت زیر ۶۰ سال بستگان نزدیک موارد زیر به طور کامل تکمیل گردد.

نسبت	سن	علت
------	----	-----

امضای متقاضی تاریخ: