

فرم پیشنهاد بیمه درمان خانواده

تاریخ:/...../..... شماره بیمه نامه:/...../...../...../..... کد معرف:

کد چکاپ پزشکی:

| | | | | | | |
|----------------------|---------------------|----------------|---------------|----------------|-----------------|----------|
| مشخصات بیمه شده اصلی | نام و نام خانوادگی: | | نام پدر: | | شماره شناسنامه: | |
| | وضعیت تاهل: | تعداد فرزندان: | تحصیلات: | | کد ملی: | |
| | آدرس محل سکونت: | | | | | کد پستی: |
| | آدرس محل کار: | | | | | کد پستی: |
| | تلفن منزل: | تلفن همراه: | تلفن محل کار: | پست الکترونیک: | | |

| | | | | | | |
|------------------------|--------------------|---------|--------------------------|------------|-----------------------|-------|
| مشخصات بیمه شدگان تبعی | نام و نام خانوادگی | نام پدر | کد ملی شماره شناسنامه | تاریخ تولد | نسبت با بیمه شده اصلی | جنسیت |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

| | | |
|------------|---------------------|------------|
| تلفن ضروری | نام و نام خانوادگی: | تلفن تماس: |
|------------|---------------------|------------|

| | |
|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| بیمه سابقه | بیمه پایه: تامین اجتماعی <input type="radio"/> بیمه سلامت <input type="radio"/> نیروهای مسلح <input type="radio"/> سایر <input type="radio"/> بیمه تکمیلی: شرکت بیمه |
|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| | |
|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| کارفرما مخصوص | بدینوسیله تایید می گردد که مشخصات نامبردگان با مدارک موجود در این شرکت مطابقت دارد و این شرکت متعهد به پرداخت حق بیمه ایشان می باشد. |
| نام شرکت: | تاریخ: |
| | مهر و امضاء مجاز: |

لطفا به کلیه سوالات زیر پاسخ کامل دهید

- آیا هر یک از متقاضیان در حال حاضر کاملاً سالم می باشند؟ بله خیر شرح دهید:
- آیا هر یک از متقاضیان از سیگار، مشروبات الکلی، مواد مخدر، داروی اعصاب و روان یا مشابه آن استفاده کرده یا میکنند؟ بله خیر
میزان مصرف و مدت آن : در صورت ترک، مدت زمان آن به ماه :
- آیا هر یک از متقاضیان از دارو برای درمان بیماری در طولانی مدت استفاده کرده یا می کنند؟ بله خیر نام دارو:
- آیا هر یک از متقاضیان در شش ماه گذشته کاهش وزن داشته اند؟ بله خیر میزان و علت کاهش وزن:
- آیا هر یک از متقاضیان سابقه بستری یا جراحی در بیمارستان را دارند؟ بله خیر

| نام و نام خانوادگی | بیمارستان | نام بیماری | تاریخ بستری | تاریخ ترخیص |
|--------------------|-----------|------------|-------------|-------------|
| | | | | |

آیا هر یک از متقاضیان در ۳ سال گذشته به دلیل نوعی بیماری از قبیل قلب و عروق، فشار خون، دیابت، کلیه و مجاری ادرار، انواع بیماری زنان، انواع بیماری استخوان و مفاصل، دستگاه گوارش، انواع بیماری فتق، چشم، نقص عضو و از کارافتادگی، بیماری های مادرزادی و معلولیت، انواع بیماری سرطان به پزشک مراجعه نموده اند؟ بله خیر

| نام و نام خانوادگی | نام و تخصص پزشک | نام بیماری و علت مراجعه | تاریخ مراجعه | وضعیت فعلی |
|--------------------|-----------------|-------------------------|--------------|------------|
| | | | | |

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>- آیا کلیه اطلاعات مورد نیاز بیمه گزار و بیمه شده به ایشان داده شده است؟ بله <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/></p> <p>- آیا بیمه شده را شخصاً رویت کرده اید؟ بله <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/></p> <p>- آیا صحت امضاء بیمه شده و بیمه گزار مورد تایید شما می باشد؟ بله <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/></p> <p style="text-align: right;">تاریخ و امضاء:</p> | <p style="text-align: center; background-color: #d9ead3; padding: 5px;">این قسمت توسط نماینده فروش تکمیل گردد.</p> <p>اینجانب متقاضی بیمه درمان برای خود و خانواده به شرح یاد شده در این درخواست می باشم و با مطالعه قرارداد و ملحقات آن به پیوست این درخواست، از مزایا، شرایط و محدودیت های بیمه درمان اطلاع کامل دارم و گواهی می نمایم که پاسخ به کلیه سوالات، مبتنی بر حقیقت کامل بوده و آگاه هستم اظهارات خلاف واقع، کاذب یا کتمان حقایق در مورد کلیه سوالات به موجب ماده ۱۲ قانون بیمه موجب سلب مسئولیت بیمه در عرضه خدمات موضوع قرارداد و ابطال بیمه نامه خواهد شد. ضمناً شرکت بیمه تعاون مجاز است در هر زمان که لازم بداند به پزشک یا پزشکان معالج اینجانبان یا هر مرجع دیگری برای کسب اطلاعات مورد نظر مراجعه نموده و هر گونه تحقیقی را در مورد سوابق پزشکی اینجانبان به عمل آورد. امضاء این قرارداد در حکم قبول قرارداد از طرف اینجانب و سایر متقاضیان یاد شده در این درخواست می باشد. همچنین موافقت می نمایم در صورت نیاز به معاینه پزشکی خود و نامبردگان فوق الذکر هزینه آن بر عهده اینجانب می باشد.</p> <p style="text-align: right;">محل امضاء بیمه شده اصلی: تاریخ:</p> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|