

## فرم پیشنهاد و پرسشنامه بیمه امید آفرین (جبران هزینه درمان سرطان)

تاریخ پیشنهاد: / /

نام و کد نمایندگی / معرف: .....

<b>مشخصات بیمه گذار حقیقی</b>	<p>نام: ..... نام خانوادگی: ..... نام پدر: .....</p> <p>شماره شناسنامه: ..... محل صدور: ..... تاریخ تولد: / / ..... جنسیت: <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/> مرد</p> <p>کد ملی: .....</p> <p>نشانی کامل منزل و کد پستی: ..... شماره تلفن: .....</p> <p>نشانی کامل محل کار و کد پستی: ..... شماره همراه: .....</p>
<b>مشخصات بیمه گذار حقوقی</b>	<p>نام: ..... شماره ثبت: .....</p> <p>نشانی: ..... کد اقتصادی: .....</p> <p>شماره تلفن: ..... کد ملی: .....</p>
<b>مشخصات بیمه شده</b>	<p>نام: ..... نام خانوادگی: ..... نام پدر: .....</p> <p>شماره شناسنامه: ..... محل صدور: ..... تاریخ تولد: / / ..... جنسیت: <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/> مرد</p> <p>قد: ..... وزن: ..... نسبت با بیمه گذار <input type="checkbox"/> همسر <input type="checkbox"/> فرزند <input type="checkbox"/> والدین <input type="checkbox"/> کارمند/کارگر <input type="checkbox"/> سایر: .....</p> <p>کد ملی: ..... شغل اصلی: ..... شغل فرعی: .....</p> <p>کامل منزل و کد پستی: ..... شماره تلفن: .....</p> <p>نشانی کامل محل کار و کد پستی: ..... شماره تلفن: .....</p> <p>شماره همراه: .....</p>
<b>میزان تعهدات و فرانشیز، روش پرداخت حق بیمه، میزان تعهدات درخواستی:</b>	<p>روش پرداخت حق بیمه: <input type="checkbox"/> یکجا <input type="checkbox"/> سالانه <input type="checkbox"/> ماهانه</p> <p>میزان تعهدات درخواستی: <input type="checkbox"/> ۱ برابر <input type="checkbox"/> ۲ برابر <input type="checkbox"/> ۳ برابر</p> <p>میزان فرانشیز: <input type="checkbox"/> ۱۰٪ <input type="checkbox"/> ۲۰٪ <input type="checkbox"/> ۳۰٪</p>

- لطفاً سؤالات زیر توسط شخص بیمه شده (در مواردی که سن بیمه شده کمتر از ۱۵ سال باشد توسط ولی/قیم قانونی وی) به صورت دقیق و خوانا پاسخ داده شود.
- این پرسشنامه باید حتماً توسط بیمه‌گذار و یا نماینده وی تکمیل و مهر و امضاء گردد.

- ۱- آیا تاکنون سابقه بیماری سرطان داشته‌اید؟ (در صورتی که پاسخ مثبت است نوع بیماری - زمان تشخیص - اقدامات درمانی انجام شده و مرجع درمانی مربوطه و سایر اطلاعات لازم را ذکر نمایید)
- ۲- آیا سابقه بیماری سرطان در فامیل دارید؟ (در صورتی که پاسخ برای منسوبین درجه یک و یا دو مثبت است با شرح کامل شامل: نسبت بیمار با بیمه شده، نوع سرطان، سن بیمار در زمان ابتلا، وضعیت فعلی بیمار و تاریخ تشخیص بیماری را ذکر نمایید)
- ۳- آیا سابقه مصرف دخانیات و یا مواد مخدر و یا الکل دارید؟ (در صورتی که پاسخ مثبت است با ذکر نام و توضیحات کامل شامل: نوع ماده دخانی یا مخدر و یا الکل و سابقه و میزان مصرف را ذکر نمایید)
- ۴- آیا طی شش ماه گذشته سابقه کم خونی، کاهش وزن، اختلال اجابت مزاج، خلط خونی، سرفه طولانی و ضعف و بی حالی داشته‌اید؟ (در صورتی که پاسخ مثبت است با شرح کامل ذکر نمایید)
- ۵- آیا در حال حاضر پوشش بیمه‌ای بیمه‌گر اول (پایه) یا بیمه‌گر تکمیلی دارید نام آن را قید نمایید.
- ۶- چنانچه در معرض عوامل افزایشدهنده و خطر ساز برای ایجاد بیماری سرطان از جمله تشعشعات رادیو اکتیو، میادین مغناطیسی و امواج مخابراتی و پرتوهای خورشیدی و غیره بوده و یا هستید موارد آن را ذکر نمایید؟
- ۷- آیا تاکنون ماموگرافی انجام داده‌اید در صورت پاسخ مثبت در چه تاریخی انجام شده و نتیجه آن چه بوده است (مخصوص خانم‌ها)؟
- ۸- سابقه سکونت طی ۱۰ سال گذشته طبق جدول زیر ذکر نمایید:

ردیف	استان	شهر	مدت سکونت
۱			
۲			
۳			

\* گواهی می‌شود اینجانبان (بیمه‌گذار و بیمه‌شده) امضاء کنندگان این پیشنهاد، به کلیه پرسش‌های فوق با صداقت کامل پاسخ داده و از آنجا که این پیشنهاد جزء لاینفک بیمه‌نامه می‌باشد هر نوع اظهار خلاف واقع موجب عدم تعهد بیمه‌گر خواهد شد. ضمناً بیمه‌گر یا پزشک معتمد او اجازه دارند در صورت لزوم هر گونه اطلاعی راجع به وضع مزاجی و سلامت بیمه شده را کسب نمایند.

\* تعهد می‌نمایم در صورت صدور بیمه‌نامه حق بیمه متعلقه را پرداخت نمایم.

**توضیح:** تکمیل این پیشنهاد قبل از صدور بیمه‌نامه جبران هزینه درمان سرطان هیچ گونه تعهدی برای بیمه‌گر ایجاد نمی‌نماید.

نام و نام خانوادگی بیمه‌گذار: ..... نام و نام خانوادگی بیمه‌شده: .....

تاریخ: ..... / ..... / ..... تاریخ: ..... / ..... / .....

مهر و امضا ..... مهر و امضا .....

۱) اظهار نظر کارشناس بر اساس جدول انجام معاینات پزشکی (سن و سرمایه) و پاسخ سوالات پزشکی جهت صدور بیمه‌نامه:

نیاز به معاینه پزشکی دارد  نیاز به آزمایش‌های پزشکی دارد  نیاز به معاینات و آزمایش‌های پزشکی ندارد

علت درخواست آزمایش‌های پزشکی:

سرمایه بیمه شده  سن بیمه شده  پاسخ سوالات پزشکی  سایر موارد با توضیح

.....  
.....

نام و امضاء کارشناس بیمه: ..... تاریخ: ..... / ..... / .....

۲) نظریه پزشک معتمد بیمه‌گر:

صدور بیمه‌نامه از نظر پزشکی با توجه به پاسخ سوالات پزشکی  
 معاینه و آزمایش‌های پزشکی انجام شده  تأیید می‌گردد.  به صلاح بیمه‌گر نمی‌باشد.

- سایر موارد با ذکر توضیحات:

.....  
.....

نام و امضاء پزشک معتمد بیمه‌گر ..... تاریخ: ..... / ..... / .....

۳) نظریه نهائی کارشناس بیمه‌گر (پس از کنترل و اطمینان از تکمیل فرم پیشنهاد به صورت کامل و بدون خط خوردگی):

صدور بیمه‌نامه پیشنهاد می‌گردد.

صدور بیمه‌نامه پیشنهاد نمی‌گردد.

نام و امضاء کارشناس صدور ..... تاریخ: ..... / ..... / .....