



فرم پیشنهاد بیمه درمان تکمیلی انفرادی / خانواده

بیمه گذار محترم، ضمن تشکر بابت انتخاب بیمه آسماری خواهشمند است در کمال دقت و صداقت، به کلیه پرسش های این فرم پاسخ داده و سپس امضا، نمایند. لازم بذکر است اطلاعات کلیه افراد خانواده شامل همسر و فرزند می بایست در این فرم ذکر شود.

بیمه گذار

نام و نام خانوادگی بیمه گذار: تاریخ تولد: روز ماه سال نام پدر:
 شماره شناسنامه: محل صدور: کد ملی: جنسیت: قد:
 وزن: تحصیلات: کد پستی: وضعیت تاهل: مجرد متاهل
 نشانی محل سکونت: تلفن: همراه:
 ایمیل: شغل: نشانی محل کار: تلفن محل کار:
 شماره شب سربست: IR

مشخصات اعضای خانواده

| نام و نام خانوادگی | نام پدر | قد | وزن | کد ملی | شماره شناسنامه | محل صدور | تاریخ تولد | جنسیت | نسبت |
|--------------------|---------|----|-----|--------|----------------|----------|------------|-------|------|
| | | | | | | | | | ۱ |
| | | | | | | | | | ۲ |
| | | | | | | | | | ۳ |
| | | | | | | | | | ۴ |
| | | | | | | | | | ۵ |

سابقه بیمه گر پایه درمانی بیمه گذار

| | |
|------------------------------------|--|
| بیمه گر اول | کد بیمه: <input type="checkbox"/> تامین اجتماعی <input type="checkbox"/> خدمات درمانی <input type="checkbox"/> شرکت نفت <input type="checkbox"/> بانک سایر: |
| بیمه گر تکمیلی قبلی (در صورت وجود) | شرکت بیمه قبلی: تاریخ شروع بیمه: تاریخ اتمام بیمه نامه: |

اطلاعات تکمیلی

آیا تا کنون خود و یا اعضای خانواده تان در بیمارستان بستری شده اند؟ بله خیر

| نام شخص | بیمارستان محل بستری | نوع بیماری | تاریخ بستری | وضعیت فعلی |
|---------|---------------------|------------|-------------|------------|
| | | | | |
| | | | | |

آیا خود و یا اعضای خانواده تان در پنج سال گذشته به پزشک متخصص مراجعه کرده اید؟ بله خیر

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

آیا خود و یا اعضای خانواده تان به بیماری هایی از قبیل قلب و عروق، فشار خون، قند، کلیه و مجاری ادراری، استخوانی، دستگاہ گوارش، سرطان، بیماری های مادرزادی، نقص عضو و نقص چشم مبتلا بوده و هستید؟ بله خیر

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

تاریخ:
امضا، بیمه گذار:

*وضعیت بارداری بانوان: مثبت منفی



فرم پیشنهاد بیمه درمان تکمیلی خانواده

کلیه اعضای خانواده می بایست تنها یک طرح را انتخاب نمایند. طرح های درمانی مربوط به خانواده ها را از شبکه فروش ما بخواهید.

طرح انتخابی :

روش پرداخت بیمه : نقد اقساط

مشخصات چک های واگذاری بابت بیمه

| ردیف | شماره چک | تاریخ چک | مبلغ (ریال) |
|------|----------|----------|---------------|
| ۱ | | | |
| ۲ | | | |
| ۳ | | | |
| ۴ | | | |
| | | | جمع کل (ریال) |

اینجانب اصالتاً و همچنین به ولایت و نمایندگی از سوی خود و افراد خانواده ضمن مطالعه فرم پیشنهاد درمان تکمیلی و اطلاع و آگاهی از شرایط عمومی و خصوصی حاکم بر آن متعهد میگردم که به کلیه پرسش های این فرم پیشنهاد و قرارداد با صداقت کامل پاسخ داده و همچنین جهت بررسی سوابق پزشکی به بیمه گر مجوز و اختیار می دهم تا هرگونه اطلاعات مورد نیاز را از پزشک یا پزشکان معالج و مربوطه یا بیمارستان محل بستری اینجانبان به صورت محرمانه دریافت نماید. همچنین اعلام می دارم که بیماری ها و سوابق کامل آن ها مرتبط به خود و سایر افراد خانواده که متقاضی پوشش بیمه درمان تکمیلی هستند را تماماً و بدون هیچ گونه کم و کاستی ذکر و اعلام نموده ام و از محدودیت عدم پوشش بیماری های قبل از شروع پوشش بیمه که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر می باشد نیز مطلع و آگاه هستم.

تاریخ:

امضاء و اثر انگشت بیمه گذار:

نظر پزشک معتمد بیمه گر:

امضاء پزشک