

مشخصات بیمه شده

بیمه شده اول:	نسبت با بیمه شده اصلی:	نام پدر:	کد ملی:	شماره شناسنامه:	تاریخ تولد:
بیمه شده دوم:	نسبت با بیمه شده اصلی:	نام پدر:	کد ملی:	شماره شناسنامه:	تاریخ تولد:
بیمه شده سوم:	نسبت با بیمه شده اصلی:	نام پدر:	کد ملی:	شماره شناسنامه:	تاریخ تولد:
بیمه شده چهارم:	نسبت با بیمه شده اصلی:	نام پدر:	کد ملی:	شماره شناسنامه:	تاریخ تولد:
بیمه شده پنجم:	نسبت با بیمه شده اصلی:	نام پدر:	کد ملی:	شماره شناسنامه:	تاریخ تولد:

اطلاعات مربوط به بیمه پایه و بیمه تکمیلی

آیا دارای بیمه پایه می باشید؟	نام بیمه پایه:	نام بیمه شده:
آیا دارای بیمه تکمیلی درمان می باشید؟	نام شرکت بیمه تکمیلی:	نام بیمه شده:

میزان تعهدات بیمه گر

مبلغ سرمایه فوت در بیمه نامه عمر و سرمایه گذاری:

مبلغ تعهد بیمه گر برای طرح درمان خانواده هما: ۱۰٪ ۲۰٪ ۳۰٪ ۴۰٪ ۵۰٪ سرمایه درمان: ریال

**** توجه: حداکثر تعهد بیمه گر برای طرح درمان خانواده هما تا مبلغ ۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال میباشد**

سوالات عمومی و پزشکی از بیمه شدگان

آیا در حال حاضر دارو مصرف می کنید؟ اگر پاسخ مثبت است، نوع دارو، میزان و مدت مصرف را اعلام نمایید.	بیمه شده اول <input type="checkbox"/> بیمه شده دوم <input type="checkbox"/> بیمه شده سوم <input type="checkbox"/> بیمه شده چهارم <input type="checkbox"/> بیمه شده پنجم <input type="checkbox"/>
آیا دچار از کار افتادگی شده اید؟ اگر پاسخ مثبت است، توضیح دهید.	بیمه شده اول <input type="checkbox"/> بیمه شده دوم <input type="checkbox"/> بیمه شده سوم <input type="checkbox"/> بیمه شده چهارم <input type="checkbox"/> بیمه شده پنجم <input type="checkbox"/>
آیا بر اثر حادثه مصدوم شده اید؟ اگر پاسخ مثبت است نوع حادثه و نتیجه آن را اعلام نمایید.	بیمه شده اول <input type="checkbox"/> بیمه شده دوم <input type="checkbox"/> بیمه شده سوم <input type="checkbox"/> بیمه شده چهارم <input type="checkbox"/> بیمه شده پنجم <input type="checkbox"/>
آیا در حال حاضر دارو مصرف می کنید؟ اگر پاسخ مثبت است، نوع دارو، میزان و مدت مصرف را اعلام نمایید.	بیمه شده اول <input type="checkbox"/> بیمه شده دوم <input type="checkbox"/> بیمه شده سوم <input type="checkbox"/> بیمه شده چهارم <input type="checkbox"/> بیمه شده پنجم <input type="checkbox"/>
آیا در حال حاضر به هر علت تحت نظر پزشک هستید؟ اگر پاسخ مثبت است، توضیح دهید.	بیمه شده اول <input type="checkbox"/> بیمه شده دوم <input type="checkbox"/> بیمه شده سوم <input type="checkbox"/> بیمه شده چهارم <input type="checkbox"/> بیمه شده پنجم <input type="checkbox"/>
آیا از سیگار و سایر مواد دخانیات مثل قلیان، پیپ و مشروبات الکلی... استفاده می کنید؟ در صورت پاسخ مثبت نوع اعتیاد میزان مصرف و مدت آن ذکر گردد	بیمه شده اول <input type="checkbox"/> بیمه شده دوم <input type="checkbox"/> بیمه شده سوم <input type="checkbox"/> بیمه شده چهارم <input type="checkbox"/> بیمه شده پنجم <input type="checkbox"/>
آیا هر گونه نقض عضو دارید؟ اگر پاسخ مثبت است، توضیح دهید	بیمه شده اول <input type="checkbox"/> بیمه شده دوم <input type="checkbox"/> بیمه شده سوم <input type="checkbox"/> بیمه شده چهارم <input type="checkbox"/> بیمه شده پنجم <input type="checkbox"/>
آیا مورد عمل جراحی قرار گرفته اید؟ اگر پاسخ مثبت است، نوع عمل، زمان و نتیجه آنرا شرح دهید.	بیمه شده اول <input type="checkbox"/> بیمه شده دوم <input type="checkbox"/> بیمه شده سوم <input type="checkbox"/> بیمه شده چهارم <input type="checkbox"/> بیمه شده پنجم <input type="checkbox"/>
آیا در شش ماه گذشته کاهش یا افزایش وزن داشته اید؟ اگر پاسخ مثبت است میزان و علت کاهش یا افزایش وزن را اعلام نمایید	بیمه شده اول <input type="checkbox"/> بیمه شده دوم <input type="checkbox"/> بیمه شده سوم <input type="checkbox"/> بیمه شده چهارم <input type="checkbox"/> بیمه شده پنجم <input type="checkbox"/>
آیا ضعف عمومی، تب یا احساس خستگی مداوم دارید؟ اگر پاسخ مثبت است، توضیح دهید	بیمه شده اول <input type="checkbox"/> بیمه شده دوم <input type="checkbox"/> بیمه شده سوم <input type="checkbox"/> بیمه شده چهارم <input type="checkbox"/> بیمه شده پنجم <input type="checkbox"/>
آیا به هر نوع اعتیاد دیگری مبتلا هستید؟ در صورت پاسخ مثبت نوع اعتیاد میزان مصرف و مدت آن ذکر گردد	بیمه شده اول <input type="checkbox"/> بیمه شده دوم <input type="checkbox"/> بیمه شده سوم <input type="checkbox"/> بیمه شده چهارم <input type="checkbox"/> بیمه شده پنجم <input type="checkbox"/>

چنانچه هر یک از متقاضیان سابقه بیماریهای ذکر شده ذیل را دارند لطفا در قسمت مربوطه علامت زده و در صورت نیاز توضیحات اضافی ارائه نمایند

۱- آیا به هر نوع بیماری کلیه مبتلا بوده و یا می باشید؟	بیمه شده اول <input type="checkbox"/> بیمه شده دوم <input type="checkbox"/> بیمه شده سوم <input type="checkbox"/> بیمه شده چهارم <input type="checkbox"/> بیمه شده پنجم <input type="checkbox"/>
۲- آیا به بیماری عضلات و مفاصل و ستون فقرات مبتلا بوده و یا می باشید؟	بیمه شده اول <input type="checkbox"/> بیمه شده دوم <input type="checkbox"/> بیمه شده سوم <input type="checkbox"/> بیمه شده چهارم <input type="checkbox"/> بیمه شده پنجم <input type="checkbox"/>
۳- آیا به بیماری تیروئید مبتلا بوده و یا می باشید؟	بیمه شده اول <input type="checkbox"/> بیمه شده دوم <input type="checkbox"/> بیمه شده سوم <input type="checkbox"/> بیمه شده چهارم <input type="checkbox"/> بیمه شده پنجم <input type="checkbox"/>
۴- آیا به فشارخون مبتلا بوده و یا می باشید؟	بیمه شده اول <input type="checkbox"/> بیمه شده دوم <input type="checkbox"/> بیمه شده سوم <input type="checkbox"/> بیمه شده چهارم <input type="checkbox"/> بیمه شده پنجم <input type="checkbox"/>
۵- آیا به بیماریهای اعصاب و روان، تشنج، افسردگی مبتلا می باشید؟	بیمه شده اول <input type="checkbox"/> بیمه شده دوم <input type="checkbox"/> بیمه شده سوم <input type="checkbox"/> بیمه شده چهارم <input type="checkbox"/> بیمه شده پنجم <input type="checkbox"/>
۶- آیا به انواع سرطان مبتلا بوده و یا می باشید؟	بیمه شده اول <input type="checkbox"/> بیمه شده دوم <input type="checkbox"/> بیمه شده سوم <input type="checkbox"/> بیمه شده چهارم <input type="checkbox"/> بیمه شده پنجم <input type="checkbox"/>
۷- آیا به بیماریهای مجاری ادراری و پروستات مبتلا بوده و یا می باشید؟	بیمه شده اول <input type="checkbox"/> بیمه شده دوم <input type="checkbox"/> بیمه شده سوم <input type="checkbox"/> بیمه شده چهارم <input type="checkbox"/> بیمه شده پنجم <input type="checkbox"/>
۸- آیا به بیماری عفونی مانند سل، هیاتیت و ایدز و .. مبتلا بوده و یا می باشید؟	بیمه شده اول <input type="checkbox"/> بیمه شده دوم <input type="checkbox"/> بیمه شده سوم <input type="checkbox"/> بیمه شده چهارم <input type="checkbox"/> بیمه شده پنجم <input type="checkbox"/>
۹- آیا به دیابت مبتلا بوده و یا می باشید؟	بیمه شده اول <input type="checkbox"/> بیمه شده دوم <input type="checkbox"/> بیمه شده سوم <input type="checkbox"/> بیمه شده چهارم <input type="checkbox"/> بیمه شده پنجم <input type="checkbox"/>
۱۰- آیا به بیماریهای قلب و عروقی و سکت قلبی مبتلا بوده و یا می باشید؟	بیمه شده اول <input type="checkbox"/> بیمه شده دوم <input type="checkbox"/> بیمه شده سوم <input type="checkbox"/> بیمه شده چهارم <input type="checkbox"/> بیمه شده پنجم <input type="checkbox"/>
۱۱- آیا به بیماریهای مغز و اعصاب و سکت مغزی مبتلا بوده و یا می باشید؟	بیمه شده اول <input type="checkbox"/> بیمه شده دوم <input type="checkbox"/> بیمه شده سوم <input type="checkbox"/> بیمه شده چهارم <input type="checkbox"/> بیمه شده پنجم <input type="checkbox"/>
۱۲- آیا به بیماریهای تنفسی مبتلا بوده و یا می باشید؟	بیمه شده اول <input type="checkbox"/> بیمه شده دوم <input type="checkbox"/> بیمه شده سوم <input type="checkbox"/> بیمه شده چهارم <input type="checkbox"/> بیمه شده پنجم <input type="checkbox"/>



پیشنهاد بیمه نامه هما



بیمه شده اول <input type="checkbox"/> بیمه شده دوم <input type="checkbox"/> بیمه شده سوم <input type="checkbox"/> بیمه شده چهارم <input type="checkbox"/> بیمه شده پنجم <input type="checkbox"/>	۱۳- آیا به بیماری ارثی و وراثتی مبتلا بوده و یا می باشید؟
بیمه شده اول <input type="checkbox"/> بیمه شده دوم <input type="checkbox"/> بیمه شده سوم <input type="checkbox"/> بیمه شده چهارم <input type="checkbox"/> بیمه شده پنجم <input type="checkbox"/>	۱۴- آیا به بیماری گوارشی مبتلا بوده و یا می باشید؟
بیمه شده اول <input type="checkbox"/> بیمه شده دوم <input type="checkbox"/> بیمه شده سوم <input type="checkbox"/> بیمه شده چهارم <input type="checkbox"/> بیمه شده پنجم <input type="checkbox"/>	۱۵- آیا به بیماری غدد لنفاوی مبتلا بوده و یا می باشید؟
بیمه شده اول <input type="checkbox"/> بیمه شده دوم <input type="checkbox"/> بیمه شده سوم <input type="checkbox"/> بیمه شده چهارم <input type="checkbox"/> بیمه شده پنجم <input type="checkbox"/>	۱۶- آیا به بیماری چربی خون مبتلا بوده و یا می باشید؟
بیمه شده اول <input type="checkbox"/> بیمه شده دوم <input type="checkbox"/> بیمه شده سوم <input type="checkbox"/> بیمه شده چهارم <input type="checkbox"/> بیمه شده پنجم <input type="checkbox"/>	۱۷- آیا به هر نوع تومور مبتلا بوده و یا می باشید؟
بیمه شده اول <input type="checkbox"/> بیمه شده دوم <input type="checkbox"/> بیمه شده سوم <input type="checkbox"/> بیمه شده چهارم <input type="checkbox"/> بیمه شده پنجم <input type="checkbox"/>	۱۸- آیا مبتلا به ضعف و یا بیماری چشمی بوده و یا می باشید؟
بیمه شده اول <input type="checkbox"/> بیمه شده دوم <input type="checkbox"/> بیمه شده سوم <input type="checkbox"/> بیمه شده چهارم <input type="checkbox"/> بیمه شده پنجم <input type="checkbox"/>	۱۹- آیا به بیماری خونی، کم خونی، تزریق خون مبتلا بوده و یا می باشید؟
بیمه شده اول <input type="checkbox"/> بیمه شده دوم <input type="checkbox"/> بیمه شده سوم <input type="checkbox"/> بیمه شده چهارم <input type="checkbox"/> بیمه شده پنجم <input type="checkbox"/>	۲۰- آیا به بیماری استخوانی مبتلا بوده و یا می باشید؟
بیمه شده اول <input type="checkbox"/> بیمه شده دوم <input type="checkbox"/> بیمه شده سوم <input type="checkbox"/> بیمه شده چهارم <input type="checkbox"/> بیمه شده پنجم <input type="checkbox"/>	۲۱- آیا به بیماری پوستی مبتلا بوده و یا می باشید؟
بیمه شده اول <input type="checkbox"/> بیمه شده دوم <input type="checkbox"/> بیمه شده سوم <input type="checkbox"/> بیمه شده چهارم <input type="checkbox"/> بیمه شده پنجم <input type="checkbox"/>	۲۲- آیا به بیماری گوش و حلق و بینی مبتلا بوده و یا می باشید؟
بیمه شده اول <input type="checkbox"/> بیمه شده دوم <input type="checkbox"/> بیمه شده سوم <input type="checkbox"/> بیمه شده چهارم <input type="checkbox"/> بیمه شده پنجم <input type="checkbox"/>	۲۳- آیا به سرگیجه مبتلا بوده و یا می باشید؟
بیمه شده اول <input type="checkbox"/> بیمه شده دوم <input type="checkbox"/> بیمه شده سوم <input type="checkbox"/> بیمه شده چهارم <input type="checkbox"/> بیمه شده پنجم <input type="checkbox"/>	۲۴- آیا به بیماری کبد و پانکراس مبتلا بوده و یا می باشید؟
بیمه شده اول <input type="checkbox"/> بیمه شده دوم <input type="checkbox"/> بیمه شده سوم <input type="checkbox"/> بیمه شده چهارم <input type="checkbox"/> بیمه شده پنجم <input type="checkbox"/>	آیا به بیماری دیگری غیر از موارد بالا مبتلا بوده و یا می باشد؟ در صورت ابتلا نوع بیماری و تاریخ ابتلا و نام مرکز درمانی و پزشک معالج درج گردد
بیمه شده اول <input type="checkbox"/> بیمه شده دوم <input type="checkbox"/> بیمه شده سوم <input type="checkbox"/> بیمه شده چهارم <input type="checkbox"/> بیمه شده پنجم <input type="checkbox"/>	آیا در حال حاضر کاملاً سالم هستید؟

در صورت ابتلا به هر یک از بیماری های فوق، توضیحاتی در خصوص نوع بیماری، مدت زمان ابتلا به بیماری و داروی مصرفی را ذکر نمایید.

سوالات پزشکی مخصوص خانم ها:

بیمه شده اول <input type="checkbox"/> بیمه شده دوم <input type="checkbox"/> بیمه شده سوم <input type="checkbox"/> بیمه شده چهارم <input type="checkbox"/> بیمه شده پنجم <input type="checkbox"/>	آیا بیماری های زنان را داشته اید یا دارید؟ در صورت پاسخ مثبت نوع بیماری و مدت ابتلا به بیماری درج گردد.
بیمه شده اول <input type="checkbox"/> بیمه شده دوم <input type="checkbox"/> بیمه شده سوم <input type="checkbox"/> بیمه شده چهارم <input type="checkbox"/> بیمه شده پنجم <input type="checkbox"/>	آیا در حال حاضر باردار می باشید؟ در صورت پاسخ مثبت نام بیمه شده و مدت زمان بارداری درج گردد
بیمه شده اول <input type="checkbox"/> بیمه شده دوم <input type="checkbox"/> بیمه شده سوم <input type="checkbox"/> بیمه شده چهارم <input type="checkbox"/> بیمه شده پنجم <input type="checkbox"/>	آیا در دوران یائسگی به سر می برید؟
بیمه شده اول <input type="checkbox"/> بیمه شده دوم <input type="checkbox"/> بیمه شده سوم <input type="checkbox"/> بیمه شده چهارم <input type="checkbox"/> بیمه شده پنجم <input type="checkbox"/>	آیا دچار ترشح یا خونریزی، درد یا توده در پستان و عدم تقارن در ناحیه سینه و یا زیر بغل شده اید؟

اینجانب (بیمه شده اصلی) امضا کننده این پیشنهاد اعلام میدارم که به تمامی سوالات مشروحه در این فرم با صداقت و به طور کامل جواب داده و اعلام مینمایم که جوابهای داده شده کاملاً درست و عین واقعیت بوده و آگاه هستیم که هرگونه اظهار خلاف واقع و خودداری از واقع گویی به موجب قانون بیمه باعث باطل شدن قرارداد بیمه هما و از دست دادن مزایای آن خواهد شد. ضمناً بیمه گر یا پزشکان معتمد اجازه دارند هرگونه اطلاعی را که راجع به وضع مزاجی و سلامت بیمه شده نیاز باشد کسب نمایند.

مهر و امضای نماینده:

نام و امضای بیمه شده اصلی:

تاریخ تکمیل فرم: