

جدول حق بیمه اصلی سالانه (ریال)				
سن بیمه شده	۱۵-۰	۱۶-۵۰	۵۱-۶۰	۶۱-۷۰ سال تمام
طرح نسیم سامان	۲,۷۲۰,۶۴۰	۲,۷۲۰,۶۴۰	۲,۷۲۰,۶۴۰	۲,۷۲۰,۶۴۰
طرح مهر سامان	۴,۸۶۰,۸۷۷	۹,۷۲۱,۷۵۴	۱۱,۶۶۶,۱۰۴	۱۴,۵۸۲,۶۳۰
طرح سروش سامان	۷,۶۵۴,۰۶۷	۱۵,۳۰۸,۱۳۴	۱۸,۳۶۹,۷۶۱	۲۲,۹۶۲,۲۰۲
طرح شمیم سامان	۱۰,۷۳۷,۴۵۹	۲۱,۴۷۴,۹۱۸	۲۵,۷۶۹,۹۰۲	۳۲,۲۱۲,۳۷۸
طرح وصال سامان	۱۳,۵۴۸,۷۸۷	۲۷,۰۹۷,۵۷۴	۳۲,۵۱۷,۰۸۹	۴۰,۶۴۶,۳۶۲
طرح عقیق سامان	۱۵,۷۲۵,۲۹۹	۳۱,۴۵۰,۵۹۸	۳۷,۷۴۰,۷۱۸	۴۷,۱۷۵,۸۹۸
طرح اقتصادی	۴,۵۳۴,۴۰۰	۹,۰۶۸,۸۰۰	۱۰,۸۸۲,۵۶۰	۱۳,۶۰۳,۲۰۰
طرح منتخب	۷,۱۶۴,۳۵۲	۱۴,۳۲۸,۷۰۴	۱۷,۱۹۴,۴۴۵	۲۱,۴۹۳,۰۵۶
طرح ویژه	۹,۹۷۵,۶۸۰	۱۹,۹۵۱,۳۶۰	۲۳,۹۴۱,۶۳۲	۲۹,۹۲۷,۰۴۰
طرح جامع	۱۲,۴۲۴,۲۵۶	۲۴,۸۴۸,۵۱۲	۲۹,۸۱۸,۲۱۴	۳۷,۲۷۲,۷۶۸
طرح ممتاز سامان	۱۴,۳۲۸,۷۰۴	۲۸,۶۵۷,۴۰۸	۳۴,۳۸۸,۸۹۰	۴۲,۹۸۶,۱۱۲
طرح اقتصادی محدود	۴,۱۷۱,۶۴۸	۸,۳۴۳,۲۹۶	۱۰,۰۱۱,۹۵۵	۱۲,۵۱۴,۹۴۴
طرح منتخب محدود	۶,۲۵۷,۴۷۲	۱۲,۵۱۴,۹۴۴	۱۵,۰۱۷,۹۳۳	۱۸,۷۷۲,۴۱۶
طرح ویژه محدود	۷,۷۹۹,۱۶۸	۱۵,۵۹۸,۳۳۶	۱۸,۷۱۸,۰۰۳	۲۳,۳۹۷,۵۰۴
طرح جامع محدود	۹,۱۵۹,۴۸۸	۱۸,۳۱۸,۹۷۶	۲۱,۹۸۲,۷۷۱	۲۷,۴۷۸,۴۶۴

جدول شماره ۱

سقف تعهدات به تفکیک طرح ها :

سمک	رفع عیوب انکساری دو چشم	نازایی	دندانپزشکی	ویزیت و دارو	زایمان	جبران هزینه های آمبولانس شهری و بین شهری	خدمات آزمایشگاهی	جراحی های مجاز سرپایی	پاراکلینیکی گروه دوم	پاراکلینیکی گروه اول	اعمال جراحی مهم با احتساب بند ۱	بیمارستانی	تعهدات (ریال) طرح ها
-	-	-	-	-	-	۱.۵۰۰.۰۰۰	-	-	-	-	۳۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۱۵۰.۰۰۰.۰۰۰	طرح نسیم سامان
۱.۵۰۰.۰۰۰	۶.۰۰۰.۰۰۰	۱۵.۰۰۰.۰۰۰	۱.۰۰۰.۰۰۰	۱.۰۰۰.۰۰۰	۱۵.۰۰۰.۰۰۰	۲.۰۰۰.۰۰۰	۱.۰۰۰.۰۰۰	۱.۵۰۰.۰۰۰	۱.۵۰۰.۰۰۰	۳.۰۰۰.۰۰۰	۶۰.۰۰۰.۰۰۰	۳۰.۰۰۰.۰۰۰	طرح مهر سامان
۲.۵۰۰.۰۰۰	۱۰.۰۰۰.۰۰۰	۲۰.۰۰۰.۰۰۰	۲.۰۰۰.۰۰۰	۲.۰۰۰.۰۰۰	۲۰.۰۰۰.۰۰۰	۳.۰۰۰.۰۰۰	۲.۰۰۰.۰۰۰	۲.۵۰۰.۰۰۰	۲.۵۰۰.۰۰۰	۵.۰۰۰.۰۰۰	۱۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۵۰.۰۰۰.۰۰۰	طرح سروش سامان
۴.۰۰۰.۰۰۰	۱۶.۰۰۰.۰۰۰	۳۰.۰۰۰.۰۰۰	۵.۰۰۰.۰۰۰	۵.۰۰۰.۰۰۰	۳۰.۰۰۰.۰۰۰	۴.۰۰۰.۰۰۰	۵.۰۰۰.۰۰۰	۵.۰۰۰.۰۰۰	۴.۰۰۰.۰۰۰	۸.۰۰۰.۰۰۰	۱۶۰.۰۰۰.۰۰۰	۸۰.۰۰۰.۰۰۰	طرح شمیم سامان
۶.۰۰۰.۰۰۰	۲۰.۰۰۰.۰۰۰	۵۰.۰۰۰.۰۰۰	۱۰.۰۰۰.۰۰۰	۸.۰۰۰.۰۰۰	۵۰.۰۰۰.۰۰۰	۵.۰۰۰.۰۰۰	۷.۵۰۰.۰۰۰	۱۰.۰۰۰.۰۰۰	۷.۵۰۰.۰۰۰	۱۵.۰۰۰.۰۰۰	۳۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۱۵۰.۰۰۰.۰۰۰	طرح وصال سامان
۱۰.۰۰۰.۰۰۰	۳۰.۰۰۰.۰۰۰	۵۰.۰۰۰.۰۰۰	۱۰.۰۰۰.۰۰۰	۱۰.۰۰۰.۰۰۰	۵۰.۰۰۰.۰۰۰	۵.۰۰۰.۰۰۰	۱۰.۰۰۰.۰۰۰	۲۰.۰۰۰.۰۰۰	۱۰.۰۰۰.۰۰۰	۲۰.۰۰۰.۰۰۰	۷۵۰.۰۰۰.۰۰۰	۳۷۵.۰۰۰.۰۰۰	طرح عقیق سامان
-	-	-	۱.۰۰۰.۰۰۰	۱.۰۰۰.۰۰۰	۱۵.۰۰۰.۰۰۰	۲.۰۰۰.۰۰۰	۱.۰۰۰.۰۰۰	۱.۵۰۰.۰۰۰	۱.۵۰۰.۰۰۰	۳.۰۰۰.۰۰۰	۶۰.۰۰۰.۰۰۰	۳۰.۰۰۰.۰۰۰	طرح اقتصادی
-	-	-	۲.۰۰۰.۰۰۰	۲.۰۰۰.۰۰۰	۲۰.۰۰۰.۰۰۰	۳.۰۰۰.۰۰۰	۲.۰۰۰.۰۰۰	۲.۵۰۰.۰۰۰	۲.۵۰۰.۰۰۰	۵.۰۰۰.۰۰۰	۱۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۵۰.۰۰۰.۰۰۰	طرح منتخب
-	-	-	۵.۰۰۰.۰۰۰	۵.۰۰۰.۰۰۰	۳۰.۰۰۰.۰۰۰	۴.۰۰۰.۰۰۰	۵.۰۰۰.۰۰۰	۵.۰۰۰.۰۰۰	۴.۰۰۰.۰۰۰	۸.۰۰۰.۰۰۰	۱۶۰.۰۰۰.۰۰۰	۸۰.۰۰۰.۰۰۰	طرح ویژه
-	-	-	۱۰.۰۰۰.۰۰۰	۸.۰۰۰.۰۰۰	۵۰.۰۰۰.۰۰۰	۵.۰۰۰.۰۰۰	۷.۵۰۰.۰۰۰	۱۰.۰۰۰.۰۰۰	۷.۵۰۰.۰۰۰	۱۵.۰۰۰.۰۰۰	۳۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۱۵۰.۰۰۰.۰۰۰	طرح جامع
-	-	-	۱۰.۰۰۰.۰۰۰	۱۰.۰۰۰.۰۰۰	۵۰.۰۰۰.۰۰۰	۵.۰۰۰.۰۰۰	۱۰.۰۰۰.۰۰۰	۲۰.۰۰۰.۰۰۰	۱۰.۰۰۰.۰۰۰	۲۰.۰۰۰.۰۰۰	۷۵۰.۰۰۰.۰۰۰	۳۷۵.۰۰۰.۰۰۰	طرح ممتاز سامان
-	-	-	-	۱.۰۰۰.۰۰۰	۱۵.۰۰۰.۰۰۰	۲.۰۰۰.۰۰۰	۱.۰۰۰.۰۰۰	۱.۵۰۰.۰۰۰	۱.۵۰۰.۰۰۰	۳.۰۰۰.۰۰۰	۶۰.۰۰۰.۰۰۰	۳۰.۰۰۰.۰۰۰	طرح اقتصادی محدود
-	-	-	-	۲.۰۰۰.۰۰۰	۲۰.۰۰۰.۰۰۰	۳.۰۰۰.۰۰۰	۲.۰۰۰.۰۰۰	۲.۵۰۰.۰۰۰	۲.۵۰۰.۰۰۰	۵.۰۰۰.۰۰۰	۱۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۵۰.۰۰۰.۰۰۰	طرح منتخب محدود
-	-	-	-	۵.۰۰۰.۰۰۰	۳۰.۰۰۰.۰۰۰	۴.۰۰۰.۰۰۰	۵.۰۰۰.۰۰۰	۵.۰۰۰.۰۰۰	۴.۰۰۰.۰۰۰	۸.۰۰۰.۰۰۰	۱۶۰.۰۰۰.۰۰۰	۸۰.۰۰۰.۰۰۰	طرح ویژه محدود
-	-	-	-	۸.۰۰۰.۰۰۰	۵۰.۰۰۰.۰۰۰	۵.۰۰۰.۰۰۰	۷.۵۰۰.۰۰۰	۱۰.۰۰۰.۰۰۰	۷.۵۰۰.۰۰۰	۱۵.۰۰۰.۰۰۰	۳۰۰.۰۰۰.۰۰۰	۱۵۰.۰۰۰.۰۰۰	طرح جامع محدود

جدول شماره ۲

✚ فرانشیز :

فرانشیز تمامی بندهای مندرج در طرح ها برابر با ۱۰ درصد می باشد.

✚ شرایط و میزان تخفیفات قابل ارائه :

- بیمه گذار در صورت داشتن هر یک از شرایط زیر مشمول اخذ ۱۰٪ تخفیف بر روی مبلغ حق بیمه می گردد :
 - بیمه گذار دارای بیمه نامه عمر سامان بوده باشد.
 - در صورتیکه بیمه گذار، حق بیمه را بصورت نقدی (یکجا) پرداخت نماید.
- تذکر :** لازم به ذکر است، میزان تخفیف قابل ارائه در صورت داشتن موارد فوق الذکر حداکثر ۱۰٪ خواهد بود.
- در صورتی که تعداد بیمه شدگان بیمه نامه ۳ نفر و بیشتر باشد، صدور بیمه نامه مشمول ۱۵٪ تخفیف (مآزاد بر تخفیف قبل) خواهد شد.

✚ اضافه نرخ :

در شرایط زیر به حق بیمه ها ، اضافه نرخ تعلق می گیرد :

• اضافه نرخ بابت نداشتن بیمه گر پایه :

در صورتیکه بیمه گذار فاقد بیمه گر پایه باشد، ۱۸٪ بعنوان اضافه نرخ به حق بیمه (مندرج در جدول حق بیمه اصلی سالانه (جدول شماره ۱)) اضافه خواهد شد.

تذکر مهم : اضافه نرخ سنی به طرح نسیم سامان تعلق نمی گیرد.

✚ نحوه تقسیط :

در صورتی که بیمه گذار تقاضای پرداخت حق بیمه بصورت اقساط را داشته باشد، حداقل ۳۰٪ از حق بیمه را می بایست بصورت نقدی پرداخت نموده و مابقی نهایتاً طی شش قسط مساوی و متوالی تقسیط شود.

تذکر : لازم به ذکر است، اقساط حق بیمه می بایست در ۶ ماهه اول بیمه نامه پرداخت گردد.



(شرکت بیمه سامان)

جدول تعهدات

جدول تعهدات

ردیف	تعهد	پوشش ها
۱	بیمارستانی	هزینه های بستری، جراحی، شیمی درمانی (بستری و سرپایی)، رادیوتراپی، آنژیوگرافی قلب، انواع سنگ شکن، دیسک ستون فقرات، کاتراکت، استرابیسم، سینوزیت، لوزه، بیماری های مزمن کلیه، پروستات، واریکوسل، میمکتومی، هیستریکتومی، سیستوسل، رکتوسل، آنتروسل، تعویض مفصل، پیوند قریه، کاشت حلزون، واریس، هزینه های بستری در بخش مراقبت های ویژه CCU، ICU در بیمارستان و مراکز جراحی محدود و Day Care (بیش از ۶ ساعت بستری)، هزینه همراه
۲	جراحی با احتساب بند ۱	هزینه اعمال جراحی اصلی، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع (به استثنای دیسک ستون فقرات) گامانایف، قلب، پیوند کلیه، پیوند ریه، پیوند کبد، پیوند مغز استخوان و جراحی سرطان (با احتساب بند ۱)
۳	پاراکلینیکی گروه اول	جبران هزینه های پاراکلینیکی گروه اول شامل: سونوگرافی، ماموگرافی، انواع اسکن، سی تی اسکن، انواع آندوسکوپی، ام آر آی، دانسیومتری (سنجش تراکم استخوان)، اکوکاردیوگرافی، استرس اکو
۴	پاراکلینیکی گروه دوم	جبران هزینه های پاراکلینیکی گروه دوم شامل: تست ورزش، تست آلرژی، تست تنفسی، نوار عضله، نوار عصب، نوار مغز، نوار مئانه، شنوایی سنجی، بینایی سنجی، آنژیوگرافی چشم و هولترمانیتورینگ قلب
۵	جراحی مجاز سرپایی	جراحی مجاز سرپایی، شکستگی و دررفتگی، گچ گرفتگی، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژون لیپوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزردرمانی (به استثنای عیوب انکساری دید چشم) خارج کردن جسم خارجی و شستشوی گوش
۶	خدمات آزمایشگاهی	هزینه خدمات آزمایشگاهی (بغیر از چکاب و غربالگری) شامل آزمایش های تشخیصی پزشکی، پاتولوژی، آسیب شناسی، ژنتیک پزشکی، انواع رادیوگرافی، نوار قلب و فیزیوتراپی، کاردرمانی، گفتار درمانی
۷	آمبولانس شهری و بین شهری	هزینه های آمبولانس داخل و خارج شهر
۸	زایمان	هزینه زایمان طبیعی و عمل سزارین

• مدت انتظار برای زایمان ۹ ماه، برای بیماری های مزمن ۳ ماه است.

• فرانشیز کلیه طرح ها ۱۰٪ می باشد.

بیمه‌گذار محترم، خواهشمند است در کمال دقت و صداقت به کلیه پرسش‌های این پیشنهاد جواب داده و هیچ سوالی را بدون پاسخ نگذارید، زیرا صحت و کامل بودن پاسخ‌ها شرط اصلی معتبر بودن قرارداد بیمه می‌باشد که بر اساس این پیشنهاد صادر می‌گردد.

مشخصات کلی بیمه‌گذار

نام خانوادگی: _____ نام: _____
 تاریخ تولد: _____ / _____ / _____ کد ملی: _____
 جنسیت: زن مرد شماره شناسنامه: _____
 نشانی: _____
 کد پستی: _____ شماره موبایل: _____
 روش پرداخت حق بیمه: نقدی اقساط
 شماره شبا: IR _____

مشخصات افراد تحت تکفل

تعداد کل افراد تحت تکفل: _____ نفر
 تذکر: منظور از افراد تحت تکفل همسر (همسران) دائمی، فرزندان بیمه‌شده اصلی و سایر افرادی است که قانوناً تحت تکفل بیمه‌شده اصلی (با ارائه مستندات قانونی) قرار دارند.
مشخصات افراد تحت تکفل:

نام و نام خانوادگی	شماره شناسنامه	تاریخ تولد	کد ملی	نسبت	جنسیت

❖ در صورتی که تعداد افراد تحت تکفل بیش تر از جدول فوق می‌باشد، لطفاً اطلاعات آنها را مطابق با فیلدهای جدول در پشت صفحه پرسشنامه قید کرده و امضاء نمایید.

وضعیت بیمه‌گر پایه: ندارم تامین اجتماعی خدمات درمانی نیروهای مسلح سایر: _____
 طرح انتخابی: _____

سوابق بیمه ای

- آیا تاکنون بیمه نامه درمان تکمیلی نزد شرکت‌های بیمه‌گر داشته اید؟ (از تاریخ انقضاء آن بیش از یک ماه نگذشته باشد) بله خیر نام بیمه‌گر قبلی: _____
 در صورت مثبت بودن پاسخ، میزان خسارت دریافتی از بیمه‌نامه قبلی به چه میزان و بابت چه موردی بوده است؟
 آیا هم اکنون بیمه‌نامه عمر و تشکیل سرمایه نزد بیمه سامان دارید؟ بلی خیر
 در صورتی که پاسخ مثبت است، مشخصات بیمه‌نامه خود را ذکر فرمایید:
 تاریخ شروع بیمه‌نامه: _____ / _____ / _____ کد بیمه‌گذار: _____ شماره بیمه‌نامه: _____
 در صورتی که پاسخ منفی است، آیا بطور همزمان مایل به دریافت بیمه‌نامه عمر و تشکیل سرمایه می‌باشید؟ بلی خیر
 سایر پوشش‌های بیمه‌ای که نزد بیمه سامان دارید را ذکر فرمایید:
 رشته: _____ کد بیمه‌گذار: _____ شماره بیمه‌نامه: _____
توجه ۱: مصادیق دوره انتظار این بیمه‌نامه عبارت است از:
 • ۹ ماه دوران انتظار برای زایمان (طبیعی و سزارین)، نازایی و ناباروری شامل اعمال جراحی مرتبط، JUI, ZIFT, GIFT، میکرواینجکشن و IVF.
 • ۳ ماه دوران انتظار برای بیماری‌های مزمن از قبیل فتق، کاتاراکت، استراییسم، رفع عیوب انکساری چشم، جراحی لوزه، جراحی آنژیوپلاستی قلب، جراحی قلب باز، بیماری‌های مزمن کلیوی، جراحی دیسک ستون فقرات، درمان واریس و ...
توجه ۲: در این بیمه‌نامه امکان حذف بیمه شده تنها در صورت فوت یا طلاق بیمه‌شده وجود دارد. همچنین اضافه شدن بیمه‌شده شامل ازدواج (حداکثر تا یک ماه) و تولد (حداکثر دو ماه) می‌باشد.
توجه ۳: کلیه اعمال زیبایی مربوط به چاقی مانند اسلیو معده، بای پس معده و ... همچنین تعویض مفصل زانو جزء استثنائات این بیمه‌نامه می‌باشند.
توجه ۴: امکان صدور بیمه‌نامه برای متقاضیانی که دارای BMI (شاخص توده بدنی) بالای ۴۰ هستند، وجود ندارد.
توجه ۵: مهلت تحویل مدارک بیمارستانی و پاراکلینیکی جهت تسویه هزینه‌های انجام شده حداکثر چهار ماه تمام از تاریخ تنظیم صورتحساب می‌باشد.
توجه ۶: صدور بیمه‌نامه پس از تایید کارشناس یا پزشک معتمد امکان‌پذیر خواهد بود.
توجه ۷: هزینه‌های مربوط به ناهنجاری‌های جنین (غربالگری) غیر قابل پرداخت می‌باشد.
توجه ۸: منظور از مستندات قانونی برای افراد تحت تکفل اصل و کپی صفحات اول و دوم شناسنامه و دفترچه بیمه‌گر پایه (در صورت وجود) (یا تأییدیه از سایت تأمین اجتماعی) کلیه بیمه‌شدگان است.

نام امضای بیمه‌گذار

تاریخ / /

اطلاعات ارائه شده را در نهایت صداقت و امانت بر عهده گرفته و در صورتی که خلاف آن ثابت شود، مسئولیت آن را بر عهده می‌گیرم.

پرسشنامه گواهی سلامت را برای خود و کلیه افراد تحت تکفل درخواستی بیمه درمان، تکمیل و همراه این پیشنهاد به بیمه‌گر تحویل نمودم.

تذکر: در صورت درخواست جهت تمدید بیمه‌نامه، پرسشنامه سلامت صرفاً در خصوص بیمه‌شدگان جدید می‌بایست تکمیل گردد. همچنین در صورت درخواست

طرح با حق بیمه و تعهدات بیشتر، تکمیل فرم پرسشنامه سلامت الزامی می‌باشد.

نام و نام خانوادگی بیمه گذار: تاریخ تکمیل: / / (مدت اعتبار پرسشنامه یک ماه از تاریخ تکمیل می باشد)

مشخصات متقاضی پوشش بیمه‌ای (اطلاعات بیمه شده)

نام و نام خانوادگی بیمه شده: نام پدر: جنسیت: زن مرد تاریخ تولد: / /
 شماره شناسنامه: محل تولد: محل صدور: کد ملی:
 وضعیت تاهل: مجرد متاهل تابعیت:
 میزان تحصیلات: دیپلم/زیر دیپلم فوق دیپلم/لیسانس فوق لیسانس دکتری
 نشانی: منطقه شهرداری (در صورتیکه بیمه گذار ساکن تهران است):
 تلفن ثابت: تلفن همراه: ایمیل:

لطفا موارد پزشکی زیر را به دقت مطالعه و همه موارد را تکمیل فرمایید.

- وزن: کیلوگرم • قد: سانتیمتر
- آیا به ناراحتی یا بیماری‌های زیر مبتلا بوده یا می‌باشید؟ در صورت مثبت بودن پاسخ هر یک از موارد زیر، تاریخ بروز و مدت زمان بیماری و عوارض به جا مانده را بنویسید.
- بیماری‌های دستگاه تنفسی: سل ریوی برونشیت مزمن سرطان ریه فیروز ریه نارسایی شدید تنفسی آسم فاقد بیماری سایر:
 - بیماری‌های قلب و عروق: فشار خون بالا سکنه قلبی حمله قلبی سابقه جراحی قلب باز تنگی یا نارسایی دریچه قلبی آریتمی قلبی پیس میکر دائم قلبی سابقه آنژیوپلاستی کوارکتاسیون آئورت قراردادن استنت در عروق جراحی پیوند آئورت کاردیومیوپاتی فاقد بیماری سایر:
 - بیماری‌های خونی: لنفوم لوسمی هموفیلی اختلال انعقاد خون سابقه تزریق خون غده لنفاوی بزرگ شده نقص ایمنی مادرزادی آنمی آپلاستیک تالاسمی فاقد بیماری سایر:
 - بیماری‌های گوارشی: سیروز کبدی هپاتیت مزمن واریس مری بیماری‌های التهابی روده (کرون و کولیت اولسرو) پولیپوز فامیلیال خونریزی‌های گوارشی تهوع و استفراغ مکرر زردی دردهای مزمن شکمی نارسائی‌های کبدی پانکراتیت فاقد بیماری سایر:
 - بیماری‌های اعصاب و روان: اسکیزوفرنی اختلال خلق دو قطبی افسردگی شدید اضطراب اقدام به خودکشی فاقد بیماری سایر:
 - بیماری‌های اعصاب: (صرع) تشنج سابقه سکنه مغزی حمله‌گذاری مغزی MS (مولتیپل اسکلروز) بیماری‌های بی‌حسی و فلجی آلزایمر آنوریسم مغزی فراموشی بیماری پارکینسون ALS تومور مغزی کما معلولیت ذهنی با ضریب هوشی زیر ۵۰ فاقد بیماری سایر:
 - بیماری‌های کلیه و مجاری ادرار: نارسایی مزمن کلیه مجاری ادراری مشکلات پروستات خون در ادرار سنگ کلیه فاقد بیماری سایر:
 - بیماری‌های استخوان و مفاصل: آرتریت روماتوئید لوپوس شوگرن خشکی و درد مفاصل دردهای عضلانی اسپوندیلیت آنکلیوزان فاقد بیماری بدشکلی (انحراف) اندام‌ها نام عضو: سایر:
 - بیماری‌های پوستی: بیماری بهجت پمفیگوس ایکتیوزیوستی خال‌های بزرگ یا درحال رشد خال‌های تغییر رنگ یافته زخم طول کشیده توده جلدی سوختگی درجه ۳ سارکوئیدوز پسوریازیس عارضه دار مقاوم به درمان خونریزی‌های زیرپوستی فاقد بیماری سایر:
 - بیماری‌های گوش و حلق و بینی و چشم: کاهش شنوایی خونریزی‌های بینی کاهش بینایی نابینایی کاشت حلزون شنوایی سرگیجه خونریزی یا جداولدگی شبکیه فاقد بیماری سایر:
در صورت کاهش بینایی، اپتومتری جدید و در صورت کاهش شنوایی، تست شنوایی سنجی جدید ضمیمه گردد.
 - بیماری‌های غدد داخلی: دیابت هیپرپاراتیروئیدی کاهش یا افزایش اشتها چربی خون بالا دیابت وابسته به انسولین فاقد بیماری سایر:
 - سابقه بیماری‌های عفونی: سل هپاتیت مالاریا ایدز کیست هیداتیک فاقد بیماری سایر:
 - سابقه تومور یا کانسر (سرطان): بلی خیر نام محل تومور یا سرطان: مدت بروز:

- ۱۴- سابقه پیوند اعضاء بدن: بلی خیر نام عضو پیوندی: تاریخ پیوند:
- ۱۵- بیماری‌های دهان و دندان: دندان پوسیده درد دندان بیماری‌های دهان و لثه فاقد بیماری سایر:
- ۱۶- سابقه نازایی و یا ناباروری (در بازه سنی ۱۵ تا ۵۵ سال برای هر دو جنسیت پاسخ داده شود): بلی خیر در صورت پاسخ مثبت، اقدامات درمانی ذکر شود:
- ۱۷- سابقه بیماری‌های زنان: کیست تخمدان فیبروم رحم PCO یائسگی خونریزی‌های غیر معمول سقط جنین فاقد بیماری سایر:
- ۱۸- آیا سابقه بستری در بیمارستان یا آسایشگاه را دارید: بلی خیر در صورت پاسخ مثبت علت بستری ذکر شود:
- ۱۹- آیا مورد عمل جراحی قرار گرفته‌اید: بلی خیر عمل، زمان و نتیجه آن:
- ۲۰- آیا دچار نقص عضو شده‌اید: بلی خیر در چه ناحیه‌ای:
- ۲۱- آیا دچار از کار افتادگی شده‌اید: بلی خیر به چه میزان:
- ۲۲- آیا از سیگار استفاده کرده یا می‌کنید: بلی خیر در صورت ترک، مدت زمان آن: میزان مصرف و مدت آن:
- ۲۳- آیا از دارویی برای بیماری‌ای به مدت طولانی استفاده کرده یا می‌کنید: بلی خیر نوع دارو: میزان مصرف و مدت آن:
- ۲۴- آیا کسی از بستگان درجه اول شما به بیماری سل، سرطان، بیماری قلبی، فشار خون، مرض قند، نارسایی کلیه، سکنه مغزی، بیماری مادرزادی یا بیماری روحی و عصبی مبتلا بوده یا می‌باشند: بلی خیر نسبت و نام بیماری:
- ۲۵- آیا حامله می‌باشید؟ (در صورت مونث بودن): بلی خیر
- ۲۶- نیاز به هرگونه عمل جراحی تشخیص داده شده توسط پزشک در یک سال آینده دارید؟ بلی خیر نوع عمل:
- ۲۷- نیاز به هرگونه درمان خاص که در حال حاضر پزشک تشخیص داده است؟ بلی خیر نوع درمان:
- ۲۸- به غیر از موارد مذکور در این پرسشنامه، آیا سابقه ابتلا به هرگونه بیماری دیگری را داشته‌اید؟ بلی خیر در صورت پاسخ مثبت لطفاً موارد را ذکر نمایید:

اطلاعات تکمیلی متقاضی پوشش بیمه‌ای

- آیا دارای فرزند می‌باشید؟ بلی خیر در صورت داشتن تعداد آنها را ذکر نمایید:
- آیا ورزش حرفه‌ای انجام می‌دهید؟ بلی خیر نوع ورزش: میزان اشتغال:
- آیا بیمه عمر دارید؟ بلی خیر در صورت داشتن بیمه عمر نام شرکت بیمه‌ای را ذکر کنید:

اینجانب اعلام و تعهد می‌نمایم به کلیه سؤالات در کمال صداقت پاسخ داده‌ام و هیچ موضوعی را کتمان نکرده‌ام و در صورتی که خلاف آن ثابت شود حق هر گونه ادعا و نیز استفاده از مزایای این قرارداد از اینجانب ساقط خواهد گردید.

تذکر: در صورتی که بیمه‌شده به سن قانونی نرسیده باشد، نام بیمه‌شده می‌بایست ذکر شده و ولی/قیم قانونی بیمه‌شده امضاء نماید.
تاریخ امضاء
بیمه‌شده/ولی بیمه‌شده/قیم قانونی بیمه‌شده

این قسمت توسط پزشک معتمد بیمه‌گر تکمیل خواهد شد.

- صدر بیمه نامه نیاز به معاینه: دارد ندارد
- صدر بیمه نامه نیاز به آزمایش‌های پزشکی: دارد ندارد
- علت درخواست معاینه و آزمایشات پزشکی: سن بیمه شده سرمایه بیمه سایر
- شرح:

با توجه به بررسی پرسشنامه سلامت آزمایشات انجام شده صدور بیمه نامه:
بلامانع است به صلاح بیمه گر نمی‌باشد نیاز به بررسی دارد

توضیحات:

مهر و امضاء و تاریخ