

## فرم پیشنهاد درمان انفرادی

شماره سریال:

متقاضی گرامی، خواهشمند است به کلیه پرسش‌های مندرج در این فرم با دقت و صداقت پاسخ داده و سپس امضاء فرمایید. در صورت صدور بیمه‌نامه، شرط اصلی اعتبار آن صحت اطلاعات مندرج در این فرم و پاسخ‌های شما است و به آن استناد خواهد شد. همچنین، تکمیل این فرم هیچ تعهدی را برای بیمه‌گر ایجاد نمی‌کند. فرم پیشنهاد می‌بایست بدون هرگونه خط خوردگی، لاک‌گرفتگی، خراشیدگی، دوباره‌نویسی و یا محو شدن تکمیل شده باشد.

شماره پیشنهاد:	نام و کد شعبه:	نام و کد نماینده / کارگزار:	تاریخ درخواست:
مشخصات بیمه‌گذار	نام خانوادگی: _____ نام پدر: _____ جنسیت: زن <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> تاریخ تولد: _____ محل تولد: _____ محل صدور: _____ کد ملی: _____	نام: _____ نام پدر: _____ جنسیت: زن <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> تاریخ تولد: _____ محل تولد: _____ محل صدور: _____ کد ملی: _____	تاریخ تولد: _____ محل تولد: _____ محل صدور: _____ کد ملی: _____
	وضعیت تاهل: مجرد <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/> تابعیت: _____ میزان تحصیلات: دیپلم/ زیر دیپلم <input type="checkbox"/> فوق دیپلم/ لیسانس <input type="checkbox"/> فوق لیسانس <input type="checkbox"/> دکتری <input type="checkbox"/> شغل: _____ در صورتی که جنسیت پاسخ‌دهنده مرد می‌باشد آیا خدمت نظام وظیفه را انجام داده‌اید؟ خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> در صورتی که معافیت پزشکی دارید مدارک مربوط ارائه شود (کپی کارت معافیت و مدارک پزشکی مربوطه) نشانی: _____ تلفن ثابت: _____ تلفن همراه: _____ کد پستی: _____	وضعیت تاهل: مجرد <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/> تابعیت: _____ میزان تحصیلات: دیپلم/ زیر دیپلم <input type="checkbox"/> فوق دیپلم/ لیسانس <input type="checkbox"/> فوق لیسانس <input type="checkbox"/> دکتری <input type="checkbox"/> شغل: _____ در صورتی که جنسیت پاسخ‌دهنده مرد می‌باشد آیا خدمت نظام وظیفه را انجام داده‌اید؟ خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> در صورتی که معافیت پزشکی دارید مدارک مربوط ارائه شود (کپی کارت معافیت و مدارک پزشکی مربوطه) نشانی: _____ تلفن ثابت: _____ تلفن همراه: _____ کد پستی: _____	تاریخ تولد: _____ محل تولد: _____ محل صدور: _____ کد ملی: _____
بیمه‌شده (حداکثر سن ۷۰ سال تمام)	نام و نام خانوادگی: _____ نام پدر: _____ شماره شناسنامه: _____ کد ملی / شماره ثبت: _____ تاریخ تولد: _____ محل صدور: _____ تابعیت: _____ جنسیت: زن <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> وضعیت تاهل: مجرد <input type="checkbox"/> متأهل <input type="checkbox"/> شماره تلفن همراه (الزامی): _____ میزان تحصیلات: _____ حدود درآمد ماهانه (ریال): _____ شغل اصلی: _____ شغل فرعی: _____ کار با دستگاه: بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نوع دستگاه: _____ کار در ارتفاع: بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> <b>توجه:</b> عناوین عام شغلی مانند: آزاد، کارمند، کارگر، عنوان رشته تحصیلی، ... مورد قبول نمی‌باشد. نشانی قانونی: استان / شهر: _____ نشانی: _____ کد پستی: _____ شماره تلفن: _____ کد: _____ نشانی پست الکترونیک: _____	نام و نام خانوادگی: _____ نام پدر: _____ شماره شناسنامه: _____ کد ملی / شماره ثبت: _____ تاریخ تولد: _____ محل صدور: _____ تابعیت: _____ جنسیت: زن <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> وضعیت تاهل: مجرد <input type="checkbox"/> متأهل <input type="checkbox"/> شماره تلفن همراه (الزامی): _____ میزان تحصیلات: _____ حدود درآمد ماهانه (ریال): _____ شغل اصلی: _____ شغل فرعی: _____ کار با دستگاه: بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نوع دستگاه: _____ کار در ارتفاع: بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> <b>توجه:</b> عناوین عام شغلی مانند: آزاد، کارمند، کارگر، عنوان رشته تحصیلی، ... مورد قبول نمی‌باشد. نشانی قانونی: استان / شهر: _____ نشانی: _____ کد پستی: _____ شماره تلفن: _____ کد: _____ نشانی پست الکترونیک: _____	نام و نام خانوادگی: _____ نام پدر: _____ شماره شناسنامه: _____ کد ملی / شماره ثبت: _____ تاریخ تولد: _____ محل صدور: _____ تابعیت: _____ جنسیت: زن <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> وضعیت تاهل: مجرد <input type="checkbox"/> متأهل <input type="checkbox"/> شماره تلفن همراه (الزامی): _____ میزان تحصیلات: _____ حدود درآمد ماهانه (ریال): _____ شغل اصلی: _____ شغل فرعی: _____ کار با دستگاه: بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نوع دستگاه: _____ کار در ارتفاع: بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> <b>توجه:</b> عناوین عام شغلی مانند: آزاد، کارمند، کارگر، عنوان رشته تحصیلی، ... مورد قبول نمی‌باشد. نشانی قانونی: استان / شهر: _____ نشانی: _____ کد پستی: _____ شماره تلفن: _____ کد: _____ نشانی پست الکترونیک: _____
	شماره حساب بانکی: _____ نوع حساب بانکی: _____ شماره شبای بانکی: _____ کد شعبه: _____ شعبه: _____	شماره حساب بانکی: _____ نوع حساب بانکی: _____ شماره شبای بانکی: _____ کد شعبه: _____ شعبه: _____	شماره حساب بانکی: _____ نوع حساب بانکی: _____ شماره شبای بانکی: _____ کد شعبه: _____ شعبه: _____
اطلاعات بانکی بیمه‌گذار	بیمه‌گر پایه خود را مشخص نمایید: تامین اجتماعی <input type="checkbox"/> بیمه سلامت <input type="checkbox"/> نیروهای مسلح <input type="checkbox"/> ندارم <input type="checkbox"/> سایر: _____ آیا سابقه بیمه درمان تکمیلی دارید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (در صورت مثبت بودن، نام بیمه‌گر و نوع بیمه‌نامه را ذکر نمایید)	بیمه‌گر پایه خود را مشخص نمایید: تامین اجتماعی <input type="checkbox"/> بیمه سلامت <input type="checkbox"/> نیروهای مسلح <input type="checkbox"/> ندارم <input type="checkbox"/> سایر: _____ آیا سابقه بیمه درمان تکمیلی دارید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (در صورت مثبت بودن، نام بیمه‌گر و نوع بیمه‌نامه را ذکر نمایید)	بیمه‌گر پایه خود را مشخص نمایید: تامین اجتماعی <input type="checkbox"/> بیمه سلامت <input type="checkbox"/> نیروهای مسلح <input type="checkbox"/> ندارم <input type="checkbox"/> سایر: _____ آیا سابقه بیمه درمان تکمیلی دارید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (در صورت مثبت بودن، نام بیمه‌گر و نوع بیمه‌نامه را ذکر نمایید)
	طرح ضروری <input type="checkbox"/> طرح ضروری دوبرابری <input type="checkbox"/> ۱۰٪ <input type="checkbox"/> ۲۰٪ <input type="checkbox"/> فرانشیز انتخابی: _____ اینجانب _____ اعلام و تعهد می‌نمایم به کلیه سوالات در کمال صداقت پاسخ دادم و هیچ موضوعی را کتمان نکردم و در صورتی که خلاف آن ثابت شود حق هرگونه ادعا و نیز استفاده از مزایای این قرارداد از اینجانب ساقط خواهد گردید. <b>تذکر:</b> در صورتی که بیمه‌شده به سن قانونی نرسیده باشد، می‌بایست ولی / قیم قانونی بیمه‌شده امضاء نماید. تاریخ و امضاء بیمه‌گذار	طرح ضروری <input type="checkbox"/> طرح ضروری دوبرابری <input type="checkbox"/> ۱۰٪ <input type="checkbox"/> ۲۰٪ <input type="checkbox"/> فرانشیز انتخابی: _____ اینجانب _____ اعلام و تعهد می‌نمایم به کلیه سوالات در کمال صداقت پاسخ دادم و هیچ موضوعی را کتمان نکردم و در صورتی که خلاف آن ثابت شود حق هرگونه ادعا و نیز استفاده از مزایای این قرارداد از اینجانب ساقط خواهد گردید. <b>تذکر:</b> در صورتی که بیمه‌شده به سن قانونی نرسیده باشد، می‌بایست ولی / قیم قانونی بیمه‌شده امضاء نماید. تاریخ و امضاء بیمه‌گذار	طرح ضروری <input type="checkbox"/> طرح ضروری دوبرابری <input type="checkbox"/> ۱۰٪ <input type="checkbox"/> ۲۰٪ <input type="checkbox"/> فرانشیز انتخابی: _____ اینجانب _____ اعلام و تعهد می‌نمایم به کلیه سوالات در کمال صداقت پاسخ دادم و هیچ موضوعی را کتمان نکردم و در صورتی که خلاف آن ثابت شود حق هرگونه ادعا و نیز استفاده از مزایای این قرارداد از اینجانب ساقط خواهد گردید. <b>تذکر:</b> در صورتی که بیمه‌شده به سن قانونی نرسیده باشد، می‌بایست ولی / قیم قانونی بیمه‌شده امضاء نماید. تاریخ و امضاء بیمه‌گذار
نظر پزشک معتمد	این قسمت توسط پزشک معتمد بیمه‌گر تکمیل خواهد شد. صدور بیمه‌نامه نیاز به معاینه: _____ دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> صدور بیمه‌نامه نیاز به آزمایش‌های پزشکی: _____ دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> علت درخواست معاینه و آزمایشات پزشکی: _____ سن بیمه‌شده <input type="checkbox"/> شرح: _____	این قسمت توسط پزشک معتمد بیمه‌گر تکمیل خواهد شد. صدور بیمه‌نامه نیاز به معاینه: _____ دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> صدور بیمه‌نامه نیاز به آزمایش‌های پزشکی: _____ دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> علت درخواست معاینه و آزمایشات پزشکی: _____ سن بیمه‌شده <input type="checkbox"/> شرح: _____	این قسمت توسط پزشک معتمد بیمه‌گر تکمیل خواهد شد. صدور بیمه‌نامه نیاز به معاینه: _____ دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> صدور بیمه‌نامه نیاز به آزمایش‌های پزشکی: _____ دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> علت درخواست معاینه و آزمایشات پزشکی: _____ سن بیمه‌شده <input type="checkbox"/> شرح: _____
	با توجه به بررسی پرسشنامه سلامت _____ آزمایشات انجام شده _____ صدور بیمه‌نامه: _____ بلامانع است <input type="checkbox"/> به صلاح بیمه‌گر نمی‌باشد <input type="checkbox"/> نیاز به بررسی دارد <input type="checkbox"/> تاریخ/ مهر و امضاء	با توجه به بررسی پرسشنامه سلامت _____ آزمایشات انجام شده _____ صدور بیمه‌نامه: _____ بلامانع است <input type="checkbox"/> به صلاح بیمه‌گر نمی‌باشد <input type="checkbox"/> نیاز به بررسی دارد <input type="checkbox"/> تاریخ/ مهر و امضاء	با توجه به بررسی پرسشنامه سلامت _____ آزمایشات انجام شده _____ صدور بیمه‌نامه: _____ بلامانع است <input type="checkbox"/> به صلاح بیمه‌گر نمی‌باشد <input type="checkbox"/> نیاز به بررسی دارد <input type="checkbox"/> تاریخ/ مهر و امضاء
نظر کارشناس صدور درمان	بدین وسیله با توجه به پرسشنامه سلامت تکمیل شده و نظر پزشک معتمد ایشان مشمول این طرح‌های درمان زیر می‌باشند: طرح ضروری <input type="checkbox"/> طرح ضروری دوبرابری <input type="checkbox"/> ۱۰٪ <input type="checkbox"/> ۲۰٪ <input type="checkbox"/> طرح پرتکرار <input type="checkbox"/> طرح پرتکرار دوبرابری <input type="checkbox"/> طرح جامع <input type="checkbox"/> طرح جامع دوبرابری <input type="checkbox"/>	بدین وسیله با توجه به پرسشنامه سلامت تکمیل شده و نظر پزشک معتمد ایشان مشمول این طرح‌های درمان زیر می‌باشند: طرح ضروری <input type="checkbox"/> طرح ضروری دوبرابری <input type="checkbox"/> ۱۰٪ <input type="checkbox"/> ۲۰٪ <input type="checkbox"/> طرح پرتکرار <input type="checkbox"/> طرح پرتکرار دوبرابری <input type="checkbox"/> طرح جامع <input type="checkbox"/> طرح جامع دوبرابری <input type="checkbox"/>	بدین وسیله با توجه به پرسشنامه سلامت تکمیل شده و نظر پزشک معتمد ایشان مشمول این طرح‌های درمان زیر می‌باشند: طرح ضروری <input type="checkbox"/> طرح ضروری دوبرابری <input type="checkbox"/> ۱۰٪ <input type="checkbox"/> ۲۰٪ <input type="checkbox"/> طرح پرتکرار <input type="checkbox"/> طرح پرتکرار دوبرابری <input type="checkbox"/> طرح جامع <input type="checkbox"/> طرح جامع دوبرابری <input type="checkbox"/>
	امضا و تایید کارشناس صدور بیمه‌نامه درمان	امضا و تایید کارشناس صدور بیمه‌نامه درمان	امضا و تایید کارشناس صدور بیمه‌نامه درمان