

پرسشنامه تکمیلی (لطفاً به سؤالات زیر پاسخ دهید)

آیا تا کنون خود یا اعضای خانواده‌تان در بیمارستان بستری شده‌اند؟ بله خیر

نام	بیمارستان	بیماری	تاریخ بستری	وضعیت فعلی

آیا خود یا اعضای خانواده‌تان در پنج سال گذشته به پزشک متخصص مراجعه کرده‌اید؟ بله خیر

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

آیا خود یا اعضای خانواده‌تان به بیماری‌هایی از قبیل قلب و عروق، فشار خون، قند، کلیه و مجاری ادراری،

استخوان، دستگاه گوارش، سرطان، بیماری‌های مادرزادی، نقص عضو و چشم مبتلا بوده یا می‌باشید؟

بله خیر

نام	بیماری	مدت ابتلا به بیماری	درمان انجام شده	وضعیت فعلی

کلیه اعضای خانواده می‌بایست تنها یک طرح را انتخاب نمایند. طرح‌های درمانی مربوط به خانواده‌ها را از شبکه فروش ما بخواهید.

طرح درمان مورد نظر خانواده خود را انتخاب کنید. طرح ۱ طرح ۲ طرح ۳ طرح ۴

فرانشیز ۱۰٪ فرانشیز ۳۰٪

مشخصات چک‌های دریافتی

ردیف	شماره چک	تاریخ	مبلغ
۱			
۲			
۳			
۴			
جمع کل			

اینجانب اصالتاً و همچنین به ولایت و نمایندگی از سوی خود و افراد خانواده ضمن مطالعه فرم پیشنهاد درمان تکمیلی و اطلاع آگاهی از شرایط عمومی و خصوصی حاکم بر آن ملزم متعهد می‌گردم که به کلیه پرسش‌های این فرم پیشنهاد و قرارداد با صداقت کامل پاسخ داده و همچنین جهت بررسی سوابق پزشکی به بیمه‌گر مجوز و اختیار می‌دهم تا هرگونه اطلاعات موردنیاز را از پزشک معالج یا پزشکان معالج و مربوطه یا بیمارستان محل بستری این‌جانبان به صورت محرمانه دریافت نماید. اینجانب اعلام می‌دارم که بیماری‌ها و سوابق کامل آن‌ها مرتبط به خود و سایر افراد متقاضی پوشش بیمه درمان تکمیلی را تماماً و بدون هیچ‌گونه کم و کاستی ذکر و اعلام نموده و از محدودیت عدم پوشش بیماری‌های مربوط به قبل از شروع پوشش بیمه به تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر تا دو سال از شروع بیمه‌نامه مطلع و آگاه می‌باشم. همچنین اعلام و اقرار می‌دارم در مورد بیماری‌های مرتبط به قبل از شروع بیمه‌نامه تا دو سال شمسی (در صورت تمدید بیمه‌نامه در سال دوم) هیچ‌گونه ادعائی نسبت به تأمین غرامت، خسارت و از بیمه آسماری نداشته و نخواهم داشت و با امضا و اثرانگشت موارد فوق را گواهی می‌نمایم.

تاریخ:

امضاء بیمه‌گذار