

از پیشنهاد دهنده خواهشمند است با دقت و به صورت کامل و خوانا به تمامی پرسش ها پاسخ داده و سپس امضاء فرمائید. تکمیل این فرم تا زمان صدور بیمه نامه به جز در موارد پوشش های موقت حادثی، تعهدی برای بیمه گر ایجاد نخواهد کرد.

<b>بیمه گذار</b>	نام:	نام خانوادگی:	کد ملی:	نام پدر:
	تاریخ تولد: / / ۱۳	شماره شناسنامه:	محل صدور:	وضعیت تأهل: <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/> مجرد
	شغل اصلی:	شغل فرعی:	درآمد ماهیانه (ریال):	جنسیت: <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/> مرد
	نشانی: استان:	شهر:	آدرس کامل:	کد پستی:
تلفن همراه:	تلفن محل سکونت:	نسبت با بیمه شده اول:	نسبت با بیمه شده دوم:	
<b>بیمه شده اول</b>	نام:	نام خانوادگی:	کد ملی:	نام پدر:
	تاریخ تولد: / / ۱۳	شماره شناسنامه:	محل صدور:	وضعیت تأهل: <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/> مجرد
	شغل اصلی:	شغل فرعی:	درآمد ماهیانه (ریال):	جنسیت: <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/> مرد
	نشانی: استان:	شهر:	آدرس کامل:	کد پستی:
تلفن همراه:	تلفن محل سکونت:			
<b>بیمه شده دوم</b>	نام:	نام خانوادگی:	کد ملی:	نام پدر:
	تاریخ تولد: / / ۱۳	شماره شناسنامه:	محل صدور:	وضعیت تأهل: <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/> مجرد
	شغل اصلی:	شغل فرعی:	درآمد ماهیانه (ریال):	جنسیت: <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/> مرد
	نشانی: استان:	شهر:	آدرس کامل:	کد پستی:
تلفن همراه:	تلفن محل سکونت:			
<b>حق بیمه</b>	حق بیمه هر قسط: (عدد) ..... ریال	حق بیمه سالانه: (عدد) ..... ریال		
	(حروف) ..... ریال	(حروف) ..... ریال		
	اندوخته اولیه: (عدد) ..... ریال (حروف) ..... ریال			
<b>مشخصات بیمه نامه</b>	روش پرداخت حق بیمه: یکجا <input type="checkbox"/> سالانه <input type="checkbox"/> ۶ ماهه <input type="checkbox"/> ۴ ماهه <input type="checkbox"/> ۳ ماهه <input type="checkbox"/> ۲ ماهه <input type="checkbox"/> ماهانه <input type="checkbox"/>	ضریب افزایشی سالانه حق بیمه: ثابت <input type="checkbox"/> ۵٪ <input type="checkbox"/> ۱۰٪ <input type="checkbox"/> ۱۵٪ <input type="checkbox"/> ۲۰٪ و .....٪		
<b>سرمایه فوت</b>	مبلغ اولیه سرمایه فوت بیمه شده اول: (عدد) ..... ریال (حروف) ..... ریال			
	مبلغ اولیه سرمایه فوت بیمه شده دوم: (عدد) ..... ریال (حروف) ..... ریال			
	ضریب افزایشی سالانه سرمایه فوت بیمه شده اول و دوم: ثابت <input type="checkbox"/> ۵٪ <input type="checkbox"/> ۱۰٪ <input type="checkbox"/> ۱۵٪ <input type="checkbox"/> ۲۰٪			
مدت بیمه نامه: ..... سال ( چنانچه مدت بیمه نامه کوتاه انتخاب گردد، در صورتی بیمه نامه قابل تمدید است که بیمه شده اول و دوم در آن زمان، بیمه پذیر باشند)				

مشخصات بیمه نامه

فوت در اثر حادثه: بیمه شده اول: ۱ برابر ۲ برابر ۳ برابر <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> بیمه شده دوم: ۱ برابر ۲ برابر ۳ برابر <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>حادثی</b>
از کارافتادگی و نقص عضو ناشی از حادثه: بیمه شده اول: ۵٪ ۱۰٪ ۱۰۰٪ ۱۵۰٪ ۲۰۰٪ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> بیمه شده دوم: ۵٪ ۱۰٪ ۱۰۰٪ ۱۵۰٪ ۲۰۰٪ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
هزینه پزشکی ناشی از حادثه: بیمه شده اول <input type="checkbox"/> بیمه شده دوم <input type="checkbox"/>	<b>بیماری ها</b>
خطرات اضافی بلایای طبیعی شامل زمین لرزه، آتشفشان و فعل و انفعالات هسته ای <input type="checkbox"/>	
بیماری های خاص: بیمه شده اول: ۱۰٪ ۲۰٪ ۳۰٪ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> بیمه شده اول: ۱۰٪ ۲۰٪ ۳۰٪ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>از کارافتادگی به هر علت</b>
تشخیص و درمان سرطان: بیمه شده اول <input type="checkbox"/> بیمه شده دوم <input type="checkbox"/>	
معافیت از پرداخت حق بیمه: بیمه گذار <input type="checkbox"/> بیمه شده اول <input type="checkbox"/>	
مستمری از کارافتادگی: بیمه شده اول <input type="checkbox"/> بیمه شده دوم <input type="checkbox"/>	

پوشش های اضافی

استفاده کننده از منافع سرمایه گذاری در صورت حیات بیمه شده اول

نام و نام خانوادگی: \_\_\_\_\_ کد ملی: \_\_\_\_\_ نسبت با بیمه شده اول: \_\_\_\_\_

بیمه شده	ردیف	نام نام خانوادگی	کد ملی	نام پدر	نسبت با بیمه شده	درصد سهم
بیمه شده اول	۱					
	۲					
	۳					
بیمه شده دوم	۱					
	۲					
	۳					

استفاده کنندگان در صورت فوت بیمه شدگان

مشخصات ذینفعان

تذکر مهم: در صورت فوت بیمه شده (گان)، چنانچه استفاده کننده (گان) از سرمایه بیمه تعیین نشده باشد، سرمایه بیمه بین وراث قانونی بیمه شده به نسبت سهم الارث تقسیم خواهد شد و چنانچه استفاده کننده (گان) از سرمایه تعیین شوند و میزان سهم آنها مشخص نشده باشد، سرمایه بیمه بین استفاده کننده (گان) از سرمایه بیمه به نسبت مساوی تقسیم خواهد شد. در صورت حیات بیمه شده و عدم تعیین ذینفع حیات، سرمایه بیمه نامه به بیمه گذار پرداخت خواهد شد.

قد: بیمه شده اول: ..... سانتی متر  
 بیمه شده دوم: ..... سانتی متر

وزن: بیمه شده اول: ..... کیلو گرم  
 بیمه شده دوم: ..... کیلو گرم

وضعیت خدمت نظام وظیفه چگونه است؟ بیمه شده اول: انجام شده  معافیت از خدمت  نوع معافیت: \_\_\_\_\_  
 بیمه شده دوم: انجام شده  معافیت از خدمت  نوع معافیت: \_\_\_\_\_

آیا فعالیت ورزشی انجام می دهید؟ بیمه شده اول: بلی  خیر  نام رشته ورزشی: ..... ساعت فعالیت در هفته: .....  
 بیمه شده دوم: بلی  خیر  نام رشته ورزشی: ..... ساعت فعالیت در هفته: .....

آیا ورزشی که جنبه حرفه ای دارد، انجام می دهید؟ بیمه شده اول: بلی  خیر  نام رشته ورزشی: ..... ساعت فعالیت در هفته: .....  
 بلی  خیر  نام رشته ورزشی: ..... ساعت فعالیت در هفته: .....

فعالیت ورزشی

سوالات عمومی بیمه شدگان

آیا تا به حال پیشنهاد بیمه عمر به شرکت بیمه ای داده اید که مورد قبول واقع نشده باشد؟  
 بیمه شده اول: بلی  خیر  اگر پاسخ مثبت است، علت چیست؟  
 بیمه شده دوم: بلی  خیر  اگر پاسخ مثبت است، علت چیست؟

آیا در حال حاضر پیشنهاد بیمه نامه عمر دیگری دارید؟  
 بیمه شده اول: بلی  خیر  شرکت مزبور: ..... تاریخ صدور بیمه نامه: ..... سرمایه فوت: ..... ریال  
 بیمه شده دوم: بلی  خیر  شرکت مزبور: ..... تاریخ صدور بیمه نامه: ..... سرمایه فوت: ..... ریال

سوابق سایر بیمه نامه ها

### سؤالات پزشکی از بیمه شدگان

آیا دچار از کار افتادگی شده اید؟ اگر پاسخ مثبت است، توضیح دهید. بیمه شده اول:  بلی  خیر  
بیمه شده دوم:  بلی  خیر

آیا هر گونه نقص عضو دارید؟ اگر پاسخ مثبت است، توضیح دهید. بیمه شده اول:  بلی  خیر  
بیمه شده دوم:  بلی  خیر

آیا بر اثر حادثه مصدوم شده اید؟ بیمه شده اول:  بلی  خیر  
بیمه شده دوم:  بلی  خیر  
نوع حادثه و نتیجه آن: \_\_\_\_\_  
نوع حادثه و نتیجه آن: \_\_\_\_\_

آیا مورد عمل جراحی قرار گرفته اید؟ اگر پاسخ مثبت است، نوع عمل، زمان و نتیجه آنرا شرح دهید. بیمه شده اول:  بلی  خیر  
بیمه شده دوم:  بلی  خیر

آیا در حال حاضر دارو مصرف می کنید؟ اگر پاسخ مثبت است، نوع دارو، میزان و مدت مصرف را اعلام نمایید. بیمه شده اول:  بلی  خیر  
بیمه شده دوم:  بلی  خیر

آیا در شش ماه گذشته کاهش وزن داشته اید؟ بیمه شده اول:  بلی  خیر  
بیمه شده دوم:  بلی  خیر  
علت کاهش وزن: \_\_\_\_\_  
میزان: \_\_\_\_\_  
علت کاهش وزن: \_\_\_\_\_  
میزان: \_\_\_\_\_

آیا در حال حاضر به هر علت تحت نظر پزشک هستید؟ اگر پاسخ مثبت است، توضیح دهید. بیمه شده اول:  بلی  خیر  
بیمه شده دوم:  بلی  خیر

آیا ضعف عمومی، تب یا احساس خستگی مداوم دارید؟ اگر پاسخ مثبت است، توضیح دهید. بیمه شده اول:  بلی  خیر  
بیمه شده دوم:  بلی  خیر

آیا از سیگار و سایر مواد دخانیات مثل قلیان، پیپ و ... استفاده می کنید؟ بیمه شده اول:  بلی  خیر  
بیمه شده دوم:  بلی  خیر  
نوع اعتیاد: \_\_\_\_\_  
میزان مصرف: \_\_\_\_\_  
مدت آن: \_\_\_\_\_

آیا به هر نوع اعتیاد دیگری مبتلا هستید؟ بیمه شده اول:  بلی  خیر  
بیمه شده دوم:  بلی  خیر  
نوع اعتیاد: \_\_\_\_\_  
میزان مصرف: \_\_\_\_\_  
مدت آن: \_\_\_\_\_

آیا به بیماری های زیر مبتلا بوده و یا می باشید؟ در صورت پاسخ مثبت، به اختصار توضیحاتی راجع به بیماری خود دهید. بیمه شده اول:  بلی  خیر  
بیمه شده دوم:  بلی  خیر

<input type="checkbox"/> هرنوع بیماری کلیه	<input type="checkbox"/> بیماری عضلات و مفاصل و ستون فقرات	<input type="checkbox"/> تیروئید	<input type="checkbox"/> فشارخون	<input type="checkbox"/> اعصاب و روان، تشنج، افسردگی	<input type="checkbox"/> سرطان
<input type="checkbox"/> مجاری ادراری و پروستات	<input type="checkbox"/> بیماری عفونی مانند سل، هیپاتیت، ایدز و ...	<input type="checkbox"/> دیابت	<input type="checkbox"/> قلب و عروق، سکته قلبی	<input type="checkbox"/> مغز و اعصاب، سکته مغزی	<input type="checkbox"/> بیماری تنفسی
<input type="checkbox"/> بیماری ارثی و وراثتی	<input type="checkbox"/> بیماری گوارشی	<input type="checkbox"/> غده لنفاوی	<input type="checkbox"/> چربی خون	<input type="checkbox"/> هر نوع تومور	<input type="checkbox"/> ضعف و یا بیماری چشمی
<input type="checkbox"/> بیماری خونی، کم خونی، تزریق خون	<input type="checkbox"/> بیماری استخوانی	<input type="checkbox"/> بیماری پوستی	<input type="checkbox"/> گوش و حلق و بینی	<input type="checkbox"/> سرگیجه	<input type="checkbox"/> بیماری کبد و پانکراس

آیا به بیماری دیگری غیر از موارد بالا مبتلا بوده و یا می باشید؟ بیمه شده اول:  بلی  خیر  
بیمه شده دوم:  بلی  خیر  
تاریخ بیماری: \_\_\_\_\_  
تاریخ بیماری: \_\_\_\_\_  
نام مرکز درمانی و پزشک معالج: \_\_\_\_\_  
نام مرکز درمانی و پزشک معالج: \_\_\_\_\_  
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.

آیا بیماری های زنان را داشته اید یا دارید؟ بیمه شده اول:  بلی  خیر  
بیمه شده دوم:  بلی  خیر  
نوع: \_\_\_\_\_  
مدت بیماری: \_\_\_\_\_

آیا در حال حاضر باردار می باشید؟ بیمه شده اول:  بلی  خیر  
بیمه شده دوم:  بلی  خیر

آیا در دوران یائسگی به سر می برید؟ بیمه شده اول:  بلی  خیر  
بیمه شده دوم:  بلی  خیر

آیا دچار ترشح یا خونریزی، درد یا توده در پستان و عدم تقارن در ناحیه سینه و یا زیر بغل شده اید؟ بیمه شده اول:  بلی  خیر  
بیمه شده دوم:  بلی  خیر

آیا در حال حاضر کاملاً سالم هستید؟ بیمه شده اول:  بلی  خیر  
بیمه شده دوم:  بلی  خیر

سؤالات پزشکی مخصوص خانم ها

### وضعیت سلامت افراد خانواده بیمه شده دوم

وضعیت سلامت افراد خانواده بیمه شده اول						وضعیت سلامت افراد خانواده بیمه شده دوم					
نسبت	در قید حیات					نسبت	در قید حیات				
	سن	سالم	بیمار	نوع بیماری	سن فوت		سن	سالم	بیمار	نوع بیماری	سن فوت
پدر						پدر					
مادر						مادر					
خواهران						خواهران					
برادران						برادران					
همسر						همسر					
فرزندان						فرزندان					

اینجانبان (بیمه شدگان و بیمه گذار) امضاءکنندگان این پیشنهاد اعلام می داریم که به تمامی سؤالات مشروحه در این فرم با صداقت و به نحو کامل جواب داده و اعلام می نمائیم که جواب های داده شده کاملاً درست و عین واقعیت بوده و مطلعیم که هرگونه اظهار خلاف واقع و خودداری از واقع گویی به موجب قانون بیمه، باعث باطل شدن قرارداد بیمه عمر و از دست دادن مزایای آن خواهد شد. ضمناً بیمه گر یا پزشکان معتمد اجازه دارند هرگونه اطلاعاتی را که راجع به وضع مزاجی و سلامت بیمه شده نیاز باشد کسب نمایند.

تاریخ تکمیل فرم: \_\_\_\_\_ نام و امضاء بیمه گذار  
نام و امضاء بیمه شده اول: \_\_\_\_\_ نام و امضاء بیمه شده دوم: \_\_\_\_\_

## فرم مخصوص بیمه کروفر شده بیمه

<p>کد نمایندگی: نام نماینده: تاریخ: مهر و امضاء نماینده:</p>	<p>آیا شناخت کافی نسبت به بیمه شده (بیمه گذار) دارید؟  <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر از چه مدتی؟</p> <p>به نظر شما بیمه شده در حال حاضر از سلامت کامل برخوردار است؟  <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>آیا اطلاعات خاصی از سلامت فعلی یا گذشته او دارید؟ شرح دهید.  <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>آیا صحت امضاء بیمه شده و بیمه گذار مورد تأیید شما می باشد؟  <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>آیا درباره شرایط بیمه عمر اطلاعات کامل در اختیار بیمه گذار و بیمه شده گذارده اید؟  <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>چنانچه اطلاعاتی دیگری در مورد بیمه گذار یا بیمه شده دارید لطفاً قید نمائید.</p>	قسمت مربوط به فروشنده بیمه
<p>تاریخ و امضاء کارشناس شعبه:</p>	<p>صدور بیمه نامه با توجه به مندرجات پیشنهاد و کلیه ضوابط مربوطه بلامانع است <input type="checkbox"/></p> <p>با توجه به جدول سن و سرمایه، صدور بیمه نامه نیاز به انجام آزمایشات و نظر پزشک دارد <input type="checkbox"/></p> <p>با توجه به مندرجات پرسشنامه و/یا سن و سرمایه متقاضی نیاز به انجام آزمایشات و نظر پزشک دارد <input type="checkbox"/></p>	اظهار نظر کارشناس اولیه صدور
<p>تاریخ و مهر و امضاء پزشک:</p>	<p>با توجه به مندرجات پرسشنامه و یا سن و سرمایه متقاضی نیاز به انجام آزمایش دارد <input type="checkbox"/></p> <p>نوع آزمایش:</p> <p>با توجه به اطلاعات پرسشنامه، به دلیل ..... توصیه می گردد                  بیمه نامه با ..... % اضافه نرخ صادر گردد.</p> <p>نظر نهائی پزشک:</p> <p>با توجه به مندرجات پرسشنامه و نتایج آزمایشات پزشکی، بیمه نامه با نرخ عادی صادر گردد <input type="checkbox"/></p> <p>با توجه به مندرجات پرسشنامه و نتایج آزمایشات، به دلیل .....                  بیمه نامه با ..... % اضافه نرخ صادر گردد.</p> <p>بیمه نامه غیر قابل صدور است <input type="checkbox"/></p>	نظر پزشک معتمد
<p>تاریخ و امضاء کارشناس نهایی:</p>	<p>صدور بیمه نامه با توجه به مندرجات پرسشنامه، بررسی های کارشناسی و/یا در صورت نیاز نظر پزشک معتمد صدور بیمه نامه بلامانع است <input type="checkbox"/></p> <p>صدور بیمه نامه با در نظر گرفتن ..... % اضافه نرخ پزشکی بلامانع است.</p> <p>بیمه نامه غیر قابل صدور است <input type="checkbox"/></p>	اظهار نظر کارشناس نهایی صدور