



بیمه گذار گرامی، خواهشمند است به تمام موارد این فرم با صداقت و به صورت کامل و خوانا پاسخ دهید و سپس امضاء نمایید. شرط اصلی اعتبار بیمه نامه، صحت اطلاعات در این پیشنهاد و پاسخ های شما است و به آن استناد خواهد شد. ضمناً تکمیل این پیشنهاد هیچگونه تعهدی برای بیمه گر ایجاد نمی نماید. به منظور رعایت حقوق بیمه گذار و استفاده کنندگان بیمه نامه این فرم بدون هر گونه خط خوردگی و یا لاک گرفتگی پذیرفته خواهد شد.

کد رایانه: واحد صدور: نام و کد معرف: تاریخ تکمیل پیشنهاد:

مشخصات بیمه گذار (حد اقل ۱۸ سال)	نام و نام خانوادگی/نام شرکت:
شماره ملی(حقیقی)/شماره ثبت(حقوقی) شماره شناسنامه محل تولد محل صدور نام پدر.....	شغل اصلی شغل فرعی (توجه: لطفاً از عناوین عام شغلی مانند آزاد، کارگر، کارمند و عنوان رشته تحصیلی استفاده نفرمایید).
تاریخ تولد / / ۱۳..... جنسیت: مرد <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/> وضعیت تاهل: مجرد <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/> میزان درآمد ماهیانه ریال تلفن همراه (الزامی)	محل سکونت(الزامی): استان، شهر و آدرس: تلفن ثابت(با ذکر کد شهر - الزامی).....
محل کار: استان، شهر و آدرس: کد پستی (الزامی)	

مشخصات بیمه شده	نسبت بیمه شده با متقاضی: خودم <input type="checkbox"/> سایر (در صورت مثبت بودن پاسخ نیاز به تکمیل این قسمت نمی باشد).
	نام و نام خانوادگی:
	شماره ملی شماره شناسنامه محل تولد محل صدور نام پدر.....
	شغل اصلی شغل فرعی (توجه: لطفاً از عناوین عام شغلی مانند آزاد، کارگر، کارمند و عنوان رشته تحصیلی استفاده نفرمایید).
	تاریخ تولد / / ۱۳..... جنسیت: مرد <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/> وضعیت تاهل: مجرد <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/> تلفن ثابت(با ذکر کد شهر - الزامی) تلفن همراه (الزامی)
	محل سکونت(الزامی): استان، شهر و آدرس: کد پستی (الزامی)
	محل کار: استان، شهر و آدرس:

مشخصات بیمه نامه مورد درخواست	۱- <input type="checkbox"/> قسط حق بیمه: ریال <input type="checkbox"/> حق بیمه یکجا: ریال
	۲- تعداد اقساط درسال: ۳- ضریب افزایش سالانه حق بیمه: صفر <input type="checkbox"/> ۵٪ <input type="checkbox"/> ۱۰٪ <input type="checkbox"/> ۱۵٪ <input type="checkbox"/> ۲۰٪ <input type="checkbox"/> ۲۵٪
	۴- سرمایه فوت به هر علت ریال ۵- ضریب افزایش سالانه سرمایه فوت: صفر <input type="checkbox"/> ۵٪ <input type="checkbox"/> ۱۰٪ <input type="checkbox"/> ۱۵٪ <input type="checkbox"/> ۲۰٪
	۶- مدت بیمه نامه: سال
	۷- پوشش فوت در اثر حادثه: بلی <input type="checkbox"/> برابر <input type="checkbox"/> دوبرابر <input type="checkbox"/> سه برابر <input type="checkbox"/> چهاربرابر <input type="checkbox"/> سرمایه فوت به هر علت - خیر <input type="checkbox"/> ۷-۱- نقص عضو یا از کارافتادگی دائم و کامل ناشی از حادثه: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> ۷-۲- هزینه های پزشکی ناشی از حادثه: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> ۹- پوشش امراض خاص: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> به صورت گرامتی و به شرط احراز هر یک از بیماریهای خاص
	۸- پوشش معافیت از پرداخت حق بیمه در صورت از کارافتادگی دائم و کامل (ناشی از حادثه یا بیماری) بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (در صورتی که بیمه گذار با بیمه شده یکی نباشد پوشش معافیت در صورت فوت بیمه گذار نیز برقرار خواهد بود). ۸-۱ پوشش مستمری از کارافتادگی بلی <input type="checkbox"/> (یک برابر <input type="checkbox"/> دو برابر <input type="checkbox"/> سه برابر <input type="checkbox"/> چهار برابر <input type="checkbox"/> حق بیمه سالانه) خیر <input type="checkbox"/> ۱۰- مبلغ اندوخته اولیه(واریز متفرقه): ریال
	۱۱- آیا حق بیمه پوششهای اضافی از حق بیمه اصلی کسر گردد؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>

اولویت	درصد سهم	تاریخ تولد ذینفع	جنسیت	نسبت با بیمه شده	شماره ملی	نام و نام خانوادگی	مشخصات استفاده کنندگان	
							چکان	در صورت فوت
							۱	
							۲	
							۱	
							۲	
							۳	
							۴	

سوابق بیمه ای	آیا در حال حاضر بیمه عمر یا حادثه صادره شده، در جریان صدور یا رد صدور دارید؟ در صورت مثبت بودن جدول ذیل را تکمیل نمایید. بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>		
نام شرکت بیمه	شماره بیمه نامه / پیشنهاد	سرمایه فوت(ریال)	توضیحات / دلیل رد یا صدور

بیمه گذار (در صورت یکسان نبودن بیمه گذار با بیمه شده و درخواست اخذ پوشش معافیت جدول ذیل تکمیل گردد.)		بیمه شده	
۱	قد بیمه گذار سانتی متر وزن بیمه گذار کیلوگرم	۱	قد بیمه شده سانتی متر وزن بیمه شده کیلوگرم
۲	(مخصوص آقایان) آیا خدمت نظام وظیفه انجام داده اید: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت معافیت پزشکی علت آن را با ذکر ماده و بند مربوطه بیان نمایید. (مخصوص خانم ها) چنانچه بیماری زنانه دارید، توضیح دهید.	۲	(مخصوص آقایان) آیا خدمت نظام وظیفه انجام داده اید: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت معافیت پزشکی علت آن را با ذکر ماده و بند مربوطه بیان نمایید. (مخصوص خانم ها) چنانچه بیماری زنانه دارید، توضیح دهید.
۳	آیا از موتور سیکلت به طور مستمر استفاده می نمایید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	۳	آیا از موتور سیکلت به طور مستمر استفاده می نمایید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۴	آیا ورزش حرفه ای، مسافرت های مستمر و یا فعالیتهای جنبی دیگر انجام می دهید؟	۴	آیا ورزش حرفه ای، مسافرت های مستمر و یا فعالیتهای جنبی دیگر انجام می دهید؟
۵	وضعیت سلامت افراد خانواده پدر: سن نوع بیماری علت فوت مادر: سن نوع بیماری علت فوت	۵	وضعیت سلامت افراد خانواده پدر: سن نوع بیماری علت فوت مادر: سن نوع بیماری علت فوت

سابقه ابتلا یا داشتن بیماری در بیمه گذار		سابقه ابتلا یا داشتن بیماری در بیمه شده	
بلی	خیر	بلی	خیر
	بیماری های قلب و عروق شامل درد قفسه سینه و فشار خون یا سکته قلبی		بیماری های قلب و عروق شامل درد قفسه سینه و فشار خون یا سکته قلبی
	بیماری های دستگاه تنفسی (سرفه مزمن، آسم)		بیماری های دستگاه تنفسی (سرفه مزمن، آسم)
	بیماری های غدد داخلی نظیر تیروئید، قند (دیابت)		بیماری های غدد داخلی نظیر تیروئید، قند (دیابت)
	بیماری های خونی شامل سابقه تزریق خون، کم خونی ها و تالاسمی		بیماری های خونی شامل سابقه تزریق خون، کم خونی ها و تالاسمی
	بیماری های افسردگی، تشنج و سکته مغزی و ام اس		بیماری های افسردگی، تشنج و سکته مغزی و ام اس
	سرطان ها (پوست، معده، مغز و غیره)		سرطان ها (پوست، معده، مغز و غیره)
	بیماری های استخوانی، عضلات، مفاصل و مشکلات حرکتی		بیماری های استخوانی، عضلات، مفاصل و مشکلات حرکتی
	بیماری های عفونی مانند سل، هپاتیت، ایدز		بیماری های عفونی مانند سل، هپاتیت، ایدز
	بیماری های کلیه و مجاری ادراری و پروستات شامل سنگ کلیه، عفونت ادراری و غیره		بیماری های کلیه و مجاری ادراری و پروستات شامل سنگ کلیه، عفونت ادراری و غیره
	مشکل بینایی یا شنوایی (کم بینایی، نابینایی، کم شنوایی، ناشنوایی)		مشکل بینایی یا شنوایی (کم بینایی، نابینایی، کم شنوایی، ناشنوایی)
	استفاده از دارو به طور منظم و بیش از ۶ ماه		استفاده از دارو به طور منظم و بیش از ۶ ماه
	آیا از سیگار (قلیان) استفاده می نمایید؟ نخ باردروز		آیا از سیگار (قلیان) استفاده می نمایید؟ نخ باردروز
	آیا از مواد مخدر یا مشروبات الکلی استفاده می نمایید؟		آیا از مواد مخدر یا مشروبات الکلی استفاده می نمایید؟
	آیا در شش ماه گذشته کاهش یا افزایش وزن داشته اید؟		آیا در شش ماه گذشته کاهش یا افزایش وزن داشته اید؟
	آیا تاکنون بستری یا عمل جراحی در بیمارستان داشته اید؟		آیا تاکنون بستری یا عمل جراحی در بیمارستان داشته اید؟
	آیا به بیماری دیگری مبتلا بوده اید که ذکر نشده باشد؟		آیا به بیماری دیگری مبتلا بوده اید که ذکر نشده باشد؟
	آیا دچار نقص عضو یا از کار افتادگی شده اید؟ علت؟ کدام ناحیه؟ چند درصد؟		آیا دچار نقص عضو یا از کار افتادگی شده اید؟ علت؟ کدام ناحیه؟ چند درصد؟

۲۳	در صورت مثبت بودن هر یک از سوالات فوق با ذکر بیماری، زمان شروع بیماری، نوع و میزان داروی مصرفی، درمان انجام شده و وضعیت فعلی بیمه گذار را توضیح دهید. (در صورت جراحی، تاریخ و علت عمل جراحی یا بستری شدن را بیان نمایید)	۲۳	در صورت مثبت بودن هر یک از سوالات فوق با ذکر بیماری، زمان شروع بیماری، نوع و میزان داروی مصرفی، درمان انجام شده و وضعیت فعلی بیمه شده را توضیح دهید. (در صورت جراحی، تاریخ و علت عمل جراحی یا بستری شدن را بیان نمایید)
----	--	----	---

اینجانبان (بیمه گذار و بیمه شده) امضاء کنندگان این پیشنهاد اعلام میداریم که به تمامی سوالات مشروحه در این فرم با صداقت و به نحو کامل پاسخ داده و از مقررات و شرایط عمومی و خصوصی بیمه نامه که جزء لاینفک این قرارداد می باشد، اطلاع کامل حاصل نموده و اعلام می نمایم که پاسخ های داده شده کاملاً درست و عین واقعیت بوده و مطلع هستیم که هر گونه اظهار خلاف واقع و خودداری از واقع گویی به موجب قانون بیمه باعث ابطال قرارداد بیمه عمر و از دست دادن مزایای آن خواهد شد.

نام و نام خانوادگی بیمه گذار / تاریخ / امضاء: نام و نام خانوادگی بیمه شده / ولی یا قیم بیمه شده / تاریخ / امضاء:

اینجانب، اینجانبان شخصاً بیمه گذار بیمه نامه و بیمه شده را ملاقات نموده ضمن احراز هویت و ارائه اطلاعات کافی و دقیق در باره شرایط بیمه نامه و میزان تعهدات و ارزش بازخرید آن، صحت امضاء بیمه گذار بیمه نامه و بیمه شده را تایید می نمایم.

نام و نام خانوادگی بازاریاب / تاریخ / امضاء: نام و نام خانوادگی معرف / تاریخ / امضاء / مهر:

نظر پزشک معتمد شرکت
.....
.....
.....
.....
نظر نهایی
.....
.....
.....
.....
مهر و امضای پزشک معتمد / تاریخ: