

کد رایانه:		واحد صدور:		نام و کد معرف:		تاریخ تکمیل:			
مشخصات بیمه گذار	نام و نام خانوادگی:		تاریخ تولد:		کد ملی:		محل صدور:		
	شغل:		شماره تلفن همراه:						
	آدرس محل سکونت:		آدرس محل کار:						
مشخصات بیمه شده	نام و نام خانوادگی:		تاریخ تولد:		کد ملی:		محل صدور:		
	شغل:		شماره تلفن همراه:						
	آدرس محل سکونت:		آدرس محل کار:						
مشخصات پوشش ها									
مشخصات مربوط به پوشش ها و تعهدات	سرمایه فوت به هر علت (تا سقف پنج میلیارد ریال)		ریال		سرمایه فوت در اثر حادثه (یک برابر سرمایه فوت به هر علت)		<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر		
	رشد سالانه سرمایه فوت (۲۰،۱۵،۱۰،۵،۰ درصد)		درصد		مدت بیمه نامه (۵ - ۳۰ سال)		سال		
	حق بیمه		ریال		رشد سالانه حق بیمه (۲۵ و ۲۰،۱۵،۱۰،۵،۰ درصد)		درصد		
	نحوه پرداخت حق بیمه		<input type="checkbox"/> یکجا <input type="checkbox"/> ماهانه <input type="checkbox"/> سه ماهه <input type="checkbox"/> شش ماهه <input type="checkbox"/> سالانه		مبلغ اندوخته اولیه (واریز متفرقه)		ریال		
مشخصات ذینفعان	نام و نام خانوادگی		کد ملی		تاریخ تولد		نسبت		
							درصد سهم		
استفاده کننده در صورت حیات بیمه شده در انتهای قرارداد، ۱۰۰ درصد بیمه شده خواهد بود.									
سوالات عمومی بیمه شده	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 کنید						
	۳. (مخصوص خانم ها) در صورتیکه شما و یا هریک از افراد خانواده مبتلا به بیماری های زنان می باشید، توضیح دهید:								
	۴. آیا از موتور سیکلت به طور مستمر استفاده می نمایید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>		آیا ورزش حرفه ای، مسافرت های مستمر و یا فعالیت های جنسی دیگر انجام می دهید؟						
نسبت با بیمه شده		سن		حیات / فوت		شرح (در صورت حیات، وضعیت سلامتی و در صورت فوت علت آن را بیان نمایید)			
پدر				<input type="checkbox"/> حیات <input type="checkbox"/> فوت					
مادر				<input type="checkbox"/> حیات <input type="checkbox"/> فوت					
وضعیت سلامتی بیمه شده	سابقه ابتلا یا داشتن بیماری در بیمه شده		بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>		سابقه ابتلا یا داشتن بیماری در بیمه شده		بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>		
	بیماری های قلب و عروق شامل درد قفسه سینه، فشار خون، سکنه قلبی		۱۱		بیماری های خونی شامل سابقه تزریق خون، کم خونی ها و تالاسمی		۱۱		
	بیماری های عفونی مانند سل، هیپاتیت، ایدز		۱۲		آیا از سیگار (قلیان) استفاده می نمایید؟..... نخ بار در روز		۱۲		
	بیماری های غدد نظیر تیروئید، قند(دیابت)		۱۳		آیا از مواد مخدر و مشروبات الکلی استفاده می نمایید؟		۱۳		
	بیماری های افسردگی، تشنج، سکنه مغزی و ام اس		۱۴		آیا در شش ماه گذشته کاهش یا افزایش وزن داشته اید؟		۱۴		
	سرطان (ها) پوست، معده، دستگاه گوارش و غیره)		۱۵		آیا تا کنون عمل جراحی در بیمارستان داشته اید؟		۱۵		
	استفاده از دارو به طور منظم و بیش از ۶ماه		۱۶		آیا تا کنون بستری در بیمارستان داشته اید؟		۱۶		
	در صورت مثبت بودن هریک 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).								
	۱۷								
	اینجانبان (بیمه گذار و بیمه شده) امضا کنندگان این پیشنهاد اعلام می داریم که با 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 جز لاینفک این قرار داد می باشد اطلاع کامل حاصل نموده و اعلام می نماییم که پاسخ های داده شده کاملا درست و عین واقعیت بوده و مطلع هستیم که هرگونه 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 / تاریخ / امضاء:					
اینجانب، اینجانبان شخصاً بیمه گذار بیمه نامه و بیمه شده را ملاقات نموده ضمن احراز هویت و ارایه اطلاعات کافی و دقیق درباره شرایط بیمه نامه و میزان تعهدات و ارزش بازخريد آن، صحت امضاء بیمه گذار بیمه نامه و بیمه شده را تایید می نمایم.									
نام و نام خانوادگی بازاریاب / تاریخ / امضاء:									