

کد رایانه:		واحد صدور:		نام و کد معرف:		تاریخ تکمیل:	
مشخصات بیمه گذار	نام و نام خانوادگی:		تاریخ تولد:		کد ملی:		محل صدور:
	شغل اصلی:		شغل فرعی:		شماره تلفن همراه:		تلفن ثابت:
	آدرس محل سکونت:						
	آدرس محل کار:						
مشخصات بیمه شده	نسبت بیمه شده با متقاضی: خودم ☐ سایر ☐ (در صورت مثبت بودن پاسخ نیاز به تکمیل این قسمت نمی باشد)						
	نام و نام خانوادگی:		تاریخ تولد:		کد ملی:		محل صدور:
	شغل اصلی:		شغل فرعی:		شماره تلفن همراه:		تلفن ثابت:
	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)		بله ☐ 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 (۲۰،۱۵،۱۰،۵،۰ و ۲۵ درصد)		درصد
	نحوه پرداخت حق بیمه		☐ یکجا ☐ ماهانه ☐ سه ماهه ☐ شش ماهه ☐ سالانه		مبلغ اندوخته اولیه (واریز متفرقه)		ریال
مشخصات زیستگاه	نام و نام خانوادگی		کد ملی		تاریخ تولد		نسبت
	درصد سهم		اولویت				
آیا در حال حاضر بیمه عمر یا حادثه صادر شده، در جریان صدور یا رد صدور دارید؟ بله ☐ خیر ☐ شماره بیمه نامه سرمایه فوت دلیل رد پیشنهاد							
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 ☐ خیر ☐		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 ☐ خیر ☐		آیا ورزش حرفه ای، مسافرت های مستمر و یا فعالیت های جنبی دیگر انجام می دهید؟				
وضعیت سلامتی بیمه شده	نسبت با بیمه شده		سن		حیات / فوت		شرح (در صورت حیات، وضعیت سلامتی و در صورت فوت علت آن را بیان نمایید)
	پدر		حیات ☐ فوت ☐				
	مادر		حیات ☐ فوت ☐				
	سابقه ابتلا یا داشتن بیماری در بیمه شده		بله ☐ خیر ☐		سابقه ابتلا یا داشتن بیماری در بیمه شده		
	۵. بیماری های قلب و عروق شامل درد قفسه سینه، فشار خون، سکته قلبی		بله ☐ خیر ☐		بیماری های خونی شامل سابقه تزریق خون، کم خونی ها و تالاسمی		
	۶. بیماری های عفونی مانند سل، هپاتیت، ایدز		بله ☐ خیر ☐		آیا از سیگار (قلیان) استفاده می نمایید؟..... نخ بار در روز		
	۷. بیماری های غدد نظیر تیروئید، قند (دیابت)		بله ☐ خیر ☐		آیا از مواد مخدر و مشروبات الکلی استفاده می نمایید؟		
	۸. بیماری های افسردگی، تشنج، سکته مغزی و ام اس		بله ☐ خیر ☐		آیا در شش ماه گذشته کاهش یا افزایش وزن داشته اید؟		
	۹. سرطان ها (پوست، معده، دستگاه گوارش و غیره)		بله ☐ خیر ☐		آیا تا کنون عمل جراحی در بیمارستان داشته اید؟		
	۱۰. استفاده از دارو به طور منظم و بیش از ۶ماه		بله ☐ خیر ☐		آیا تا کنون بستری در بیمارستان داشته اید؟		
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).							
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 کاملاً 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 بازخرید آن، صحت امضاء بیمه گذار بیمه نامه و بیمه شده را تایید می نمایم.							
نام و نام خانوادگی بازاریاب / تاریخ / مهر و امضاء:							