

کد رایانه:		واحد صدور:		نام و کد معرف:		تاریخ تکمیل:	
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:		کد پستی:		نام پدر:	
نسبت بیمه شده با متقاضی:		خودم <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>		(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:		کد پستی:		نام پدر:	
مشخصات پوشش ها							
سرمايه فوت به هر علت		ريال		پوشش فوت در اثر حادثه		بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
پوشش نقص عضو يا از کارافتادگی دائم (کلی و جزئی) ناشی اثر حادثه		بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>		هزینه های پزشکی ناشی از حادثه		بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
پوشش امراض خاص (بصورت گرامتی و به شرط احراز هر یک از بیماری های خاص)		بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>		درصد سرمایه فوت به هر علت		بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
رشد سالانه سرمایه فوت (۲۰،۱۵،۱۰،۵،۰ درصد)		درصد		مدت بیمه نامه (۵ - ۳۰ سال)		سال	
حق بیمه		ريال		رشد سالانه حق بیمه (۲۵ و ۲۰،۱۵،۱۰،۵،۰ درصد)		درصد	
نحوه پرداخت حق بیمه		یکجا <input type="checkbox"/> ماهانه <input type="checkbox"/> سه ماهه <input type="checkbox"/> شش ماهه <input type="checkbox"/> سالانه <input type="checkbox"/>		مبلغ اندوخته اولیه (واریز متفرقه)		ريال	
آیا حق بیمه پوشش های اضافی از حق بیمه اصلی کسر گردد؟		بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>					
نام و نام خانوادگی		کد ملی		تاریخ تولد		نسبت	
اولویت		درصد سهم					
نام و نام خانوادگی		کد ملی		تاریخ تولد		نسبت	
اولویت		درصد سهم					
آیا در حال حاضر بیمه عمر یا حادثه صادر شده ، در جریان صدور یا رد صدور دارید ؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> شماره بیمه نامه سرمایه فوت دلیل رد پیشنهاد							
۱		قد بیمه شده:		سانتی متر		وزن بیمه شده:	
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 جنبی 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		حیات <input type="checkbox"/> فوت <input type="checkbox"/>		حیات <input type="checkbox"/> فوت <input type="checkbox"/>			
مادر		حیات <input type="checkbox"/> فوت <input type="checkbox"/>		حیات <input type="checkbox"/> فوت <input type="checkbox"/>			
۵		سابقه ابتلا یا داشتن بیماری در بیمه شده		بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>		سابقه ابتلا یا داشتن بیماری در بیمه شده	
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		بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
بیماری های عفونی مانند سل، هپاتیت، ایدز		۱۲		آیا از سیگار (قلیان) استفاده می نمایید؟ نخ بار در روز		بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
بیماری های غدد نظیر تیروئید، قند(دیابت)		۱۳		آیا از مواد مخدر و مشروبات الکلی استفاده می نمایید؟		بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
بیماری های افسردگی، تشنج، سکنه مغزی و ام اس		۱۴		آیا در شش ماه گذشته کاهش یا افزایش وزن داشته اید؟		بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
سرطان ها(پوست، معده، دستگاه گوارش و غیره)		۱۵		آیا تا کنون عمل جراحی در بیمارستان داشته اید؟		بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
استفاده از دارو به طور منظم و بیش از ۶ماه		۱۶		آیا تا کنون بستری در بیمارستان داشته اید؟		بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
۱۷		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 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:			
اینجانبان، 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 / مهر و امضاء:							