



فرم پیشنهاد بیمه عمر زمانی

مشخصات بیمه شده:

نام و نام خانوادگی:	کد ملی:	تاریخ تولد: / /
شماره شناسنامه:	نام پدر:	وضعیت تاهل:
جنسیت:	محل صدور:	شغل اصلی / موضوع فعالیت:
نشانی و تلفن منزل:		شغل فرعی:
نشانی و تلفن محل کار:		تلفن همراه:

مشخصات بیمه گذار: (چنانچه بیمه گذار و بیمه شده یک شخص باشد، تکمیل این قسمت ضرورتی ندارد)

نام و نام خانوادگی / شرکت:	کد ملی / شناسه ملی:	تاریخ تولد / ثبت: / /
شماره شناسنامه / ثبت:	نام پدر:	وضعیت تاهل:
جنسیت:	محل صدور / ثبت:	شغل اصلی / موضوع فعالیت:
نشانی و تلفن منزل:		شغل فرعی:
نشانی و تلفن محل کار:		تلفن همراه:
		نسبت با بیمه شده:

شرایط در خواستی:

سرمایه فوت به هر علت سال اول بیمه نامه: (ریال)

ضریب افزایش سالانه سرمایه فوت: درصد (بین صفر تا ۲۰٪)

سرمایه فوت ناشی از حادثه: خیر ۱ برابر ۲ برابر ۳ برابر سرمایه فوت به هر علت

روش پرداخت حق بیمه: یکجا اقساط سالانه

آیا تاریخ شروع بیمه نامه از تاریخ صدور باشد؟ بله خیر از تاریخ/...../..... (حداکثر یک ماه از تاریخ صدور بیمه نامه)

ذینفعان فوت:

- مشخصات افراد درج شده در جدول ذیل، به عنوان ذینفعان فوت بیمه شده، در بیمه نامه ثبت خواهد شد.
- در صورت عدم تعیین ذینفعان در جدول زیر، وراثت قانونی بیمه شده به عنوان ذینفعان فوت محسوب می گردد.

ردیف	نام و نام خانوادگی	کد ملی	نام پدر	تاریخ تولد	شماره همراه	نسبت با بیمه شده	درصد سهم
۱							
۲							
۳							
۴							

سوالات عمومی و پزشکی:

	لطفا به سوالات زیر با دقت و صداقت پاسخ دهید.
	• قد و وزن بیمه شده: قد: سانتی متر وزن: کیلوگرم
<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	• در رابطه با وضعیت نظام وظیفه، آیا دارای معافیت پزشکی هستید؟ علت:
<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	• آیا در حال حاضر بیمه عمر دیگر و یا پیشنهاد در جریان صدور دارید؟ نوع بیمه نامه کدام شرکت میزان سرمایه فوت
<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	• آیا تاکنون پیشنهاد بیمه عمر به شرکت بیمه ای داده اید که مورد قبول واقع نشده باشد؟ به چه علت؟
<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	• آیا سابقه مصرف سیگار، قلیان، مواد مخدر و.... دارید؟ نوع مصرف مدت استفاده تاریخ آخرین استفاده میزان مصرف روزانه
<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	• آیا داروی خاصی را برای مدت بیش از ۳ ماه مصرف نموده اید؟ نام دارو علت استفاده
<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	• آیا در حال حاضر دچار از کارافتادگی یا نقص عضو می باشید؟ چند درصد در کدام ناحیه
<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	• آیا ظرف ۳ سال گذشته بستری یا عمل جراحی داشته اید؟
<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	• آیا اخیرا غیر از سرماخوردگی و دندان پزشکی به پزشک مراجعه نموده اید؟
<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	• آیا در بین افراد خانواده شما کسی به سل، بیماریهای قلبی، بیماری قند، روحی و عصبی، سرطان، انواع سکتو و یا بیماری های مسری مبتلا بوده است؟
<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	• سابقه ابتلا به بیماریهای قلب و عروق، سر گیجه، گردش خون، فشارخون، دیابت، چربی خون و بالا بودن کلسترول و یا سایر ناراحتی های مرتبط با قلب و عروق
<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	• سابقه ابتلا به بیماریهای دستگاه تنفسی مانند سرفه مزمن، تنگی نفس به هنگام فعالیت، آسم و غیره
<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	• سابقه بیماریهای عفونی مانند سل، هپاتیت، حصیه، تب مالت، مالاریا، ایدز، کیست هیداتیک و غیره
<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	• سابقه ابتلا به بیماریهای سرطانی، غددی مانند تیروئید و غیره
<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	• سابقه بیماریهای عصبی و شوکی، سکتو مغزی، تشنج، عدم تعادل روانی و یا هر نوع بیماری دیگری در رابطه با اعصاب و روان
<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	• سابقه بیماریهای هورمونی، ربوی، یرقان، کلیوی، بیماریهای مقاربتی، دستگاه تناسلی و یا هر نوع بیماری داخلی، عفونی و یا خونی دیگر
<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	• سابقه ابتلا به بیماریهای گوارشی، کبد، پانکراس، خونریزی گوارشی و غیره
<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	• سابقه ابتلا به بیماری و عارضه دیگری که در سوالات بالا ذکر نشده است.
<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	• سوالات ویژه بانوان:
<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	○ سابقه ابتلا به بیماری های زنان
<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	○ آیا در حال حاضر باردار می باشید؟
<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	○ سابقه مشکلات مربوط به پستان ها مانند درد یا توده در پستان و عدم تقارن در ناحیه سینه یا زیر بغل
	در صورت مثبت بودن پاسخ به هر یک از سوالات فوق، لطفا نام بیماری، تاریخ و نام پزشک معالج را مرقوم فرمایید.

امضاء درخواست کنندگان:

اینجانبان به عنوان بیمه گذار و بیمه شده کلیه مفاد و شرایط عمومی بیمه نامه را مطالعه نموده و به سوالات با صداقت پاسخ داده و اطلاع داریم که هرگونه اظهار خلاف واقع به موجب قانون بیمه باعث ابطال و یا فسخ قرارداد شده و ضمن اطلاع کامل از حدود تعهدات خود و بیمه گر، تقاضای صدور آن را داریم.

نام بیمه گذار-امضا و اثر انگشت:	نام بیمه شده-امضا و اثر انگشت:
تاریخ:	تاریخ:
	توجه: چنانچه سن بیمه شده کمتر از ۱۸ سال باشد امضا فرم توسط ولی یا قیم قانونی ایشان الزامی است.

امضاء بازاریاب / نماینده:

<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	۱- آیا بیمه شده را شخصا رویت نموده اید؟
<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	۲- به نظر شما بیمه شده در حال حاضر از سلامت کامل برخوردار می باشد؟
<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	۳- آیا در مورد شرایط بیمه نامه اطلاعات کامل را در اختیار بیمه گذار و بیمه شده قرار داده اید؟
<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	۴- آیا صحت امضای بیمه شده و بیمه گذار را تایید می نمایید؟