

۱) آیا کسی از افراد خانواده شما (پدر، مادر، خواهر، برادر، همسر و فرزندان) به بیماری سل، سرطان، بیماری قلبی، بیماری ریوی، فشارخون، مرض قند، نارسایی کلیه، سکنه مغزی، بیماری مادرزادی یا بیماری روحی و عصبی مبتلا بوده یا می باشد؟ نام برده و توضیح دهید؟

۲) آیا کسی از افراد خانواده شما (پدر، مادر، خواهر، برادر، همسر و فرزندان) زیر سن ۶۵ سال فوت نموده است؟ نام برده و علت فوت را توضیح دهید؟

- ۱) وضعیت خدمت نظام وظیفه: انجام داده ام انجام نداده ام در حال انجام معافیت غیر پزشکی معافیت پزشکی علت معافیت پزشکی:
- ۲) قد بیمه شونده: سانتی متر وزن بیمه شونده: کیلو گرم
- ۳) به کدام ورزشها می پردازید؟ آیا اشتغال به این ورزشها جنبه حرفه ای دارد؟ خیر بلی
- ۴) در صورت مصرف یا ترک سیگار مشروبات الکلی مواد مخدر میزان، نوع و مدت مصرف یا مدت زمان ترک را ذکر نمایید؟
- ۵) آیا از موتور سیکلت جهت تردد استفاده می کنید؟ خیر بلی (حوادث ناشی از هدایت وسایل نقلیه موتوری در صورتی مشمول بیمه می باشد که بیمه شده دارای گواهینامه معتبر باشد)
- ۶) آیا در دوازده ماه گذشته تغییرات وزن داشته اید؟ خیر بلی میزان افزایش / کاهش وزن: کیلوگرم علت افزایش / کاهش وزن:
- ۷) آیا ظرف شش ماه گذشته آزمایشی انجام داده اید؟ خیر بلی نوع آزمایش؟
- ۸) آیا دچار نقص عضو / از کار افتادگی شده اید؟ خیر بلی در چه ناحیه ای / به چه میزان؟
- ۹) آیا از دارو برای بیماری طولانی استفاده کرده یا می کنید؟ خیر بلی نوع دارو: میزان مصرف: مدت مصرف:
- ۱۰) آیا مورد عمل جراحی قرار گرفته اید؟ یا بستری شده اید؟ خیر بلی به چه علت؟ در چه تاریخی: نام پزشک معالج:
- ۱۱) آیا در حال حاضر کاملاً سالم هستید؟ خیر بلی
- ۱۲) آیا به ناراحتی یا بیماریهای زیر مبتلا بوده یا می باشید؟ در صورت مثبت بودن پاسخ هر یک از موارد، تاریخ بروز و مدت زمان بیماری و عوارض یجا مانده و نام پزشک معالج:

بیماری	بلی	خیر
بیماریهای دستگاه تنفسی (سرفه مزمن، آسم، خلت چرکی یا خونی، تنگی نفس و...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
بیماریهای کلیه، مجاری ادرار، مشکلات پروستات، خون در ادرار، سنگ کلیه و...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
بیماری خونی، سابقه تزریق خون، کم خونی، خونریزی های بدون علت و ...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
بیماری قلب و عروق بخصوص فشار خون و درد قفسه سینه، سکنه قلبی، واریس	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
بیماری های داخلی، تشنج، سکنه مغزی، مشکلات حرکتی، فراموشی و ...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
بیماری های اعصاب و روان، اضطراب، افسردگی، اقدام به خودکشی و ...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
آیا بیماریهای زنانه داشته اید؟	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

۱۳) آیا به بیماری یا عارضه دیگری مبتلا شده اید که در موارد فوق ذکر نشده باشد؟ توضیحات:

گزارش فروشنده بیمه

- ۱) آیا بیمه شونده را شخصاً می شناسید؟ خیر بلی
- ۲) به نظر شما بیمه شونده در حال حاضر از سلامت برخوردار است؟ خیر بلی
- ۳) آیا درباره بیمه زندگی اطلاعات کامل در اختیار متقاضی و بیمه شونده گذارده اید؟ خیر بلی
- ۴) آیا متقاضی و بیمه شونده در حضور شما شخصاً فرم پیشنهاد را تکمیل نموده اند؟ خیر بلی
- ۵) آیا صحت امضای متقاضی و بیمه شونده مورد تایید می باشد؟ خیر بلی
- بدینوسیله گواهی می نماید بیمه شونده شخصاً توسط اینجانب رویت گردیده و مراتب فوق مورد تایید است نام، امضاء، مهر و کد نمایندگی یا کار گزار:
- تاریخ: / /

تائید اظهارات

اینجانبان (متقاضی و بیمه شونده) اعلام می نمایم که کلیه مفاد فرم پیشنهاد، شرایط عمومی بیمه نامه و شرایط عمومی پوشش های تکمیلی را به عنوان شروط ضمن العقد مطالعه نموده و به کلیه سوالات با صداقت و دقت پاسخ داده و مطلع هستیم که هر گونه اظهار نظر خلاف واقع و یا خودداری از واقع گویی به عمد، به موجب قانون بیمه باعث باطل شدن قرارداد بیمه زندگی و از دست دادن مزایای آن خواهد شد. در ضمن بیمه گر یا پزشکان معتمد بیمه گر اجازه دارند هر گونه اطلاعاتی را که راجع به وضع مزاجی و سلامت بیمه شونده نیاز باشد کسب نمایند.

نام و امضای متقاضی: نام و امضای بیمه شونده:

تاریخ: / / تاریخ:

این قسمت توسط بیمه گر تکمیل خواهد شد

اظهار نظر نهایی کارشناس صدور

صدور بیمه نامه با توجه به مندرجات فرم پیشنهاد و قوانین و مقررات بیمه و بیمه گری:

با نرخ عادی بلامانع است

با اضافه نرخ درصد به علت بلامانع است

به علت امکان پذیر نمی باشد

نام و امضای کارشناس نهایی صدور:

تاریخ: / /

شماره بیمه نامه:

اظهار نظر پزشک معتمد شرکت

۱) با توجه به اطلاعات پزشکی و عمومی فرم پیشنهاد، بیمه شونده نیاز به انجام معاینات پزشکی: دارد ندارد

نوع آزمایش:

۲) با توجه به بررسی اطلاعات فرم پیشنهاد (یا نتایج آزمایشات) صدور بیمه نامه از نظر مقررات پزشکی بیمه های زندگی:

تایید می گردد

یا در نظر گرفتن درصد احتمال افزایش فوت تایید می گردد

به صلاح بیمه گر نمی باشد به علت

نام، امضاء و مهر پزشک معتمد:

تاریخ: / /

شماره پیشنهاد:

اظهار نظر اولیه کارشناس صدور

صدور بیمه نامه نیاز به انجام آزمایشات: دارد ندارد

در صورت مثبت بودن پاسخ، علت درخواست:

سرمایه بیمه نامه مسائل پزشکی

سن بیمه شونده سایر موارد:

نام و امضای کارشناس اولیه صدور:

تاریخ: / /

تاریخ تکمیل فرم پیشنهاد: / /