



۱) آیا کسی از افراد خانواده شما ( پدر، مادر، خواهر، برادر، همسر، فرزندان ) به بیماری عفونی (از جمله سل، هیپاتیت، ایدز و ...)، سرطان، بیماری قلبی، بیماری ریوی، فشارخون، مرض قند، نارسایی کلیه، سکته مغزی، بیماری مادر زادی 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) در صورت مصرف یا ترک سیگار  مشروبات الکلی  مواد مخدر  قلیان  میزان، نوع و مدت مصرف یا مدت زمان ترک را ذکر نمایید؟
- ۴) آیا در دوازده ماه گذشته تغییرات وزن داشته اید؟  بلی  خیر  میزان افزایش / کاهش وزن: ..... کیلوگرم علت افزایش/کاهش وزن: .....
- ۵) آیا ظرف شش ماه گذشته آزمایش انجام داده اید؟  بلی  خیر  نوع آزمایش؟ .....
- ۶) آیا دچار نقص عضو / از کار افتادگی شده اید؟  بلی  خیر  در چه ناحیه ای / به چه میزان؟ .....
- ۷) آیا از دارو برای بیماری طولانی استفاده کرده یا می کنید؟  بلی  خیر  نوع دارو: ..... میزان مصرف: ..... مدت مصرف: .....
- ۸) آیا مورد عمل جراحی قرار گرفته اید؟ یا بستری شده اید؟  بلی  خیر  به چه علت؟ ..... در چه تاریخی: ..... نام پزشک معالج: .....
- ۹) آیا در حال حاضر کاملاً سالم هستید؟  بلی  خیر
- ۱۰) 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 بجا مانده و نام پزشک معالج: .....

بیماری	با بلی یا خیر پاسخ دهید	بیماری	با بلی یا خیر پاسخ دهید
بیماریهای غدد داخلی نظیر تیروئید، دیابت، کاهش یا افزایش اشتها، چربی خون بالا و ...	<input type="radio"/>	بیماریهای غدد داخلی نظیر تیروئید، دیابت، کاهش یا افزایش اشتها، چربی خون بالا و ...	<input type="radio"/>
سابقه بیماری های عفونی مانند سل، هیپاتیت، حصبه، تب مالت، مالاریا، ایدز، کیست هیداتیک و ...	<input type="radio"/>	سابقه بیماری های عفونی مانند سل، هیپاتیت، حصبه، تب مالت، مالاریا، ایدز، کیست هیداتیک و ...	<input type="radio"/>
بیماریهای گوارشی، کبد، پانکراس، دردهای مزمن شکمی، خونریزی گوارشی، تهوع و استفراغ مکرر	<input type="radio"/>	بیماریهای گوارشی، کبد، پانکراس، دردهای مزمن شکمی، خونریزی گوارشی، تهوع و استفراغ مکرر	<input type="radio"/>
بیماریهای گوش و حلق و بینی، چشمی، کاهش شنوایی، خونریزیهای بینی، کاهش بینایی، سرگیجه و ...	<input type="radio"/>	بیماریهای گوش و حلق و بینی، چشمی، کاهش شنوایی، خونریزیهای بینی، کاهش بینایی، سرگیجه و ...	<input type="radio"/>
بیماریهای پوستی، خالهای بزرگ، خالهای تغییر رنگ یافته، خونریزیهای زیر پوستی	<input type="radio"/>	بیماریهای پوستی، خالهای بزرگ، خالهای تغییر رنگ یافته، خونریزیهای زیر پوستی	<input type="radio"/>
بیماریهای استخوانی، عضلات و مفاصل، درد های عضلانی و ستون فقرات، خشکی، درد مفاصل و ...	<input type="radio"/>	بیماریهای استخوانی، عضلات و مفاصل، درد های عضلانی و ستون فقرات، خشکی، درد مفاصل و ...	<input type="radio"/>
سوال مخصوص بانوان آیا در حال حاضر باردار هستید؟	<input type="radio"/>	سوال مخصوص بانوان آیا در حال حاضر باردار هستید؟	<input type="radio"/>

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

توضیحات: .....

### 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 شخصاً با صداقت و دقت پاسخ داده و مطلع هستیم که هرگونه 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 هرگونه 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: .....

در صورتیکه هر زمان در طول مدت بیمه نامه یا پس از فوت بیمه شده مشخص گردد که بیمه شده مواد مخدر، روان گردان یا مشروبات الکلی استفاده نموده، شرکت بیمه گر هیچگونه تعهدی در قبال پوشش های این بیمه نامه نخواهد داشت. این پیشنهاد بدون امضا و اثر انگشت شخص بیمه شونده و برای افراد دارای سن کمتر از ۱۸ سال تمام بدون امضا و اثر انگشت ولی یا قیم قانونی بیمه شونده فاقد اعتبار بوده و بیمه گر تعهدی در خصوص پوشش های موضوع این بیمه نامه نخواهد داشت.

بدینوسیله گواهی می نماید بیمه شونده شخصاً توسط اینجانب رویت گردیده و بیمه شونده از نظر ظاهری سالم باشد. نام، امضا، مهر و کد نماینده یا کارگزار: ..... 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

با در نظر گرفتن ..... درصد احتمال افزایش فوت تایید می گردد

به صلاح بیمه گر نمی باشد به علت .....

نام، امضا و مهر پزشک معتمد: .....

تاریخ: .....

شماره پیشنهاد: .....

#### اظهار نظر اولیه کارشناس صدور شعبه یا شبکه فروش

۱) صدور بیمه نامه نیاز به انجام آزمایشات:  دارد  ندارد

در صورت مثبت بودن پاسخ، علت در خواست:

سرمایه بیمه نامه  مسائل پزشکی

سن بیمه شونده  سایر موارد: .....

۲) میزان اضافه نرخ استعمال دخانیات: .....

۳) میزان اضافه نرخ قد و وزن: .....

نام و امضای کارشناس اولیه صدور یا شبکه فروش: .....

تاریخ: .....

تاریخ تکمیل فرم پیشنهاد: .....