

وضعیت	نام و نام خانوادگی	نام پدر	شماره شناسنامه	کد ملی	جنسیت	تاریخ تولد	نسبت با بیمه شده	اولویت*	درصد سهم
در صورت حیات بیمه شده									
در صورت فوت بیمه شده									

توجه: الف - چنانچه استفاده کننده مشخص نشده باشد:

- در صورت حیات بیمه شده در انقضای مدت بیمه سرمایه بیمه به بیمه شده پرداخت خواهد شد.
 - در صورت فوت بیمه شده سرمایه بیمه بین وراث قانونی به نسبت سهم الارث تقسیم خواهد شد.
- ب - چنانچه استفاده کنندگان تعیین نشده ، ولی میزان سهم آنها مشخص نشده باشد سرمایه به نسبت مساوی بین استفاده کنندگان تقسیم خواهد شد.
- * در صورتیکه هر یک از استفاده کنندگان اولویت یک در قید حیات نباشند ، سهم مزبور به نسبت سهم استفاده کنندگان اولویت بعدی تخصیص می یابد

ث - پرسشهای عمومی که توسط بیمه شده تکمیل می گردد

- آیا خدمت نظام وظیفه را انجام داده اید؟ (فقط برای آقایان) بلی خیر
در صورت منفی بودن پاسخ به دلیل معافیت پزشکی ، علت و نوع آنرا توضیح دهید:
- به کدام ورزشها می پردازید؟
آیا اشتغال به این ورزشها جنبه حرفه ای دارد؟ بلی خیر
- آیا تا به حال پیشنهاد بیمه عمر به شرکت بیمه ای داده اید که مورد قبول واقع نشده باشد؟ بلی خیر
در صورت مثبت بودن پاسخ ، علت را توضیح دهید.

۴. آیا در حال حاضر پیشنهاد بیمه عمر یا حادثه در جریان صدور دارید؟ بلی خیر در صورت مثبت بودن پاسخ، جدول زیر را تکمیل نمایید:

نوع بیمه	سرمایه بیمه	نام شرکت بیمه	نام واحد صدور

۵. آیا در حال حاضر بیمه عمر یا حادثه انفرادی دارید؟ بلی خیر در صورت مثبت بودن پاسخ، جدول زیر را تکمیل نمایید:

نوع بیمه	شماره بیمه نامه	سرمایه بیمه	نام شرکت بیمه	نام واحد صدور

تذکر: با توجه به اهمیت جدول بند ۴ و ۵ چنانچه در طول مدت اعتبار بیمه نامه و یا پس از خاتمه آن مشخص شود که بیمه شده مشخصات کلیه بیمه نامه های عمر و حوادث انفرادی خود نزد هر یک از شرکتهای بیمه را در جداول مذکور اعلام نداشته است شرکت بیمه می تواند از پرداخت تمام یا بخشی از تعهدات خود خودداری کند.

ج - وضعیت سلامت افراد خانواده

افراد خانواده	در حال حیات		فوت شده	
	سن	بیماری یا عارضه مبتلا به	سن فوت	علت فوت
پدر				
مادر				
برادر				
خواهر				
همسر				
فرزندان				

اینجانبان (بیمه گذار و بیمه شده) ، امضا کنندگان این پیشنهاد اعلام می داریم که به کلیه پرسشهای مشروحه در این فرم با صداقت و به نحو کامل جواب داده و از مقررات و شرایط عمومی بیمه نامه اطلاع کامل حاصل نموده و اعلام می نماییم که جوابهای داده شده کاملاً درست و عین واقعیت بوده و مطلع هستیم که هرگونه اظهار خلاف واقع و خودداری از واقع گویی به عمد ، به موجب قانون بیمه باعث باطل شدن قرارداد بیمه ، عمر و از دست دادن مزایای آن خواهد شد. در ضمن بیمه گر با پرسشکننده بیمه گر اجازه دارند هرگونه اطلاعاتی را که راجع به وضع مراجمی و سلامت بیمه شده نیاز باشد کسب نمایند.

نام و امضاء بیمه گذار:

نام و امضاء بیمه شده:

تاریخ:

- آیا در حال حاضر کاملاً سالم هستید ؟ خیر بلی **قد :** **وزن :**
- آیا به ناراحتی یا بیماریهای زیر مبتلا بوده یا می باشید؟ در صورت مثبت بودن پاسخ هر یک از موارد زیر، تاریخ بروز و مدت زمان بیماری و عوارض بجا مانده و نام پزشک معالج را با ذکر شماره سؤال بنویسید :
- ۱- آیا سابقه بستری شدن در بیمارستان یا آسایشگاه را دارید؟ خیر بلی به چه علت و چه مدت و تاریخ بستری؟
- ۲- بیماریهای دستگاه تنفسی ، سرفه مزمن، تنگی نفس به هنگام فعالیت ، آسم و خلت چرکی یا خونی و غیره خیر بلی
- ۳- بیماریهای قلب و عروق بخصوص فشار خون و درد قفسه سینه، سکنه قلبی ، واریس و غیره خیر بلی
- ۴- بیماریهای خونی ، سابقه تزریق خون، کم خونی ، خونریزیهای بدون علت و غیره خیر بلی
- ۵- بیماریهای گوارشی، کبد ، پانکراس، دردهای مزمن شکمی ، خونریزی گوارشی ، تهوع و استفراغ مکرر، زردی و غیره خیر بلی
- ۶- بیماریهای اعصاب و روان، اضطراب ، افسردگی ، اقدام به خودکشی و غیره خیر بلی
- ۷- بیماریهای داخلی، اعصاب، تشنج ، سکنه مغزی، مشکلات حرکتی ، فراموشی و غیره خیر بلی
- ۸- بیماریهای کلیه، مجاری ادرار، مشکلات پروستات، خون در ادرار ، سوزش ادرار، سنگ کلیه و غیره خیر بلی
- ۹- بیماریهای گوش و حلق و بینی، چشمی، کاهش شنوایی، خونریزیهای بینی، کاهش بینایی، نابینائی، سرگیجه و غیره خیر بلی
- ۱۰- بیماریهای پوستی، خالهای بزرگ یا در حال رشد، خالهای تغییر رنگ یافته، زخم طول کشیده، خونریزیهای زیرپوستی، توده جلدی، غدد لنفاوی بزرگ شده و غیره خیر بلی
- ۱۱- بیماریهای استخوانی، عضلات و مفاصل، دردهای عضلانی، دردهای ستون فقرات، خشکی، درد مفاصل و غیره خیر بلی
- ۱۲- بیماریهای غدد داخلی نظیر تیروئید، دیابت، کاهش یا افزایش اشتها، جربی خون بالا و غیره خیر بلی
- ۱۳- سابقه بیماریهای عفونی مانند سل، هپاتیت، حصه، تب مالت، مالاریا، ایدز، کیست هیداتیک و غیره خیر بلی
- ۱۴- آیا مورد عمل جراحی قرار گرفته اید؟ خیر بلی نوع عمل و زمان و نتیجه آن :
- ۱۵- آیا دچار نقص عضو شده اید؟ خیر بلی در چه ناحیه ای :
- ۱۶- آیا دچار از کارافتادگی شده اید؟ خیر بلی به چه میزان :
- ۱۷- آیا از سیگار، مشروبات الکلی، مواد مخدر استفاده کرده یا می کنید؟ خیر بلی نوع اعتیاد : **میزان مصرف و مدت آن :**
- ۱۸- آیا از دارو برای بیماری طولانی استفاده کرده یا می کنید؟ خیر بلی نوع دارو : **میزان مصرف و مدت آن :**
- ۱۹- آیا کسی از بستگان درجه اول شما به بیماری سل، سرطان، بیماری قلبی، فشارخون، مرض قند، نارسایی کلیه، سکنه مغزی، بیماری مادرزادی یا بیماری روحی و عصبی مبتلا بوده یا می باشد؟ خیر بلی نسبت و نام بیماری :
- ۲۰- آیا شما در شش ماهه گذشته کاهش وزن داشته اید؟ خیر بلی میزان و علت کاهش وزن :
- ۲۱- در حال حاضر در کدامیک از وضعیت های زیر هستید: خیر بلی
- الف- حامله می باشید؟ خیر بلی
- ب- در دوره شیردهی می باشید؟ خیر بلی
- ج- در دوران قاعدگی منظم می باشید؟ خیر بلی
- د- در دوران یائسگی می باشید؟ خیر بلی
- ۲۲- آیا دچار عوارض و بیماریهای ناشی از حاملگی و زایمان نظیر فشارخون حاملگی یا مسمومیت حاملگی، سقط جنین، مول و عفونتها و خونریزی بعد از زایمان و غیره شده اید؟ خیر بلی
- ۲۳- آیا بیماریهای خاص نظیر خونریزی غیرطبیعی، یا لکه بینی و غیره داشته اید؟ خیر بلی
- ۲۴- آیا دچار ترشح یا خونریزی ، درد یا توده در پستان و عدم تقارن در ناحیه سینه و یا زیر بغل شده اید؟ خیر بلی

• آیا به بیماری یا عارضه دیگری مبتلا شده اید که در فوق ذکر نشده باشد؟ خیر بلی نام بیماری :

(بدیهی است هرگونه اظهار خلاف واقع و خودداری از آنچه درباره وضع سلامتی خود می دانم به موجب ماده ۱۲ قانون بیمه باعث ابطال و سلب مزایای بیمه نامه خواهد بود)

تاریخ : نام و امضای بیمه شده : نام و آدرس بیمه گزار :

- ۱- آیا بیمه شده را شخصاً می شناسید؟ بلی خیر از چه مدتی؟
- ۲- به نظر شما بیمه شده در حال حاضر از سلامت برخوردار است؟ بلی خیر
- آیا ملاحظات خاصی از وضعیت سلامت فعلی یا گذشته بیمه شده و یا خانواده وی دارید؟ (شرح دهید)
- ۳- آیا درباره شرایط بیمه عمر اطلاعات کامل در اختیار بیمه گذار و بیمه شده گذارده اید؟ بلی خیر
- ۴- آیا صحت امضای بیمه شده و بیمه گذار مورد تأیید می باشد؟ بلی خیر
- بدین وسیله گواهی می نماید بیمه شده شخصاً توسط این نماینده / کارگزار رؤیت گردیده و مراتب فوق نیز مورد تأیید است.
- تاریخ : نام ، امضاء ، مهر و کد نماینده یا کارگزار :

این قسمت توسط بیمه گر تکمیل خواهد شد

خ - اظهار نظر اولیه کارشناس صدور بیمه نامه

- صدور بیمه نامه نیاز به معاینه و آزمایشهای پزشکی دارد ندارد
- علت درخواست معاینه و آزمایش پزشکی:
- ۱- سرمایه بیمه نامه ۲- پاسخ به پرسشهای پزشکی
- ۳- سن بیمه شده ۴- سایر موارد ذکر شود:

د - نظر پزشک معتمد شرکت

- باتوجه به پاسخهای پرسشنامه پزشکی معاینه و آزمایشهای انجام شده از بیمه شده صدور بیمه نامه از نظر مقررات پزشکی بیمه های زندگی:
- ۱- تأیید می گردد ۲- با در نظر گرفتن درصد احتمال افزایش فوت تأیید می گردد
- ۳- به صلاح بیمه گر نمی باشد ۴- سایر موارد ذکر شود:

ذ - نظر نهایی کارشناس صدور واحد اجرایی

- صدور بیمه نامه باتوجه به مندرجات پیشنهاد و ضوابط و مقررات بیمه :
- بلامانع می باشد با در نظر گرفتن درصد افزایش احتمال فوت بلامانع می باشد به صلاح نمی باشد
- تاریخ : نام و امضای کارشناس صدور واحد اجرایی :