

متقاضی محترم، نظر به اینکه مفاد بیمه‌نامه و به ویژه تعهدات بیمه‌گر بر مبنای اطلاعات ارائه شده در این فرم تنظیم می‌شود، خواهشمند است پرسش‌ها را به طور صحیح کامل و بدون هرگونه خط‌خوردگی یا لاک‌گرفتگی و در نهایت حسن نیت پاسخ دهید. تکمیل این فرم پیشنهاد تا قبل از صدور بیمه‌نامه هیچگونه تعهدی را برای بیمه‌گر ایجاد نمی‌نماید.

* تکمیل موارد ستاره‌دار الزامی و سایر موارد اختیاری می‌باشد *

نام و نام خانوادگی/ نام شرکت حقوقی: نام پدر/ شماره ثبت: تاریخ تولد/ ثبت شرکت: / /

شماره شناسنامه/ کد اقتصادی: کد ملی/ شناسه ملی: جنسیت: زن مرد

وضعیت تأهل: متأهل مجرد درآمد ماهانه: (ریال) تلفن همراه:

نسبت با بیمه‌شده: شغل اصلی: شغل فرعی: (لطفاً از عناوین شغلی مانند آزاد، کارگر، کارمند و عنوان رشته تحصیلی استفاده نفرمایید)

نشانی محل سکونت/ شرکت حقوقی: کد و تلفن منزل/ شرکت: کد پستی:

نام و نام خانوادگی: نام پدر: تاریخ تولد: / / محل صدور:

شماره شناسنامه: کد ملی: جنسیت: زن مرد وضعیت تأهل: متأهل مجرد

شغل اصلی: شغل فرعی: تلفن همراه: پست الکترونیک:

نشانی محل سکونت: کد و تلفن منزل: کد پستی:

نوعی پرداخت حق بیمه: یکجا سالانه شش‌ماهه چهارماهه سه‌ماهه دوماهه ماهانه

ضریب افزایش سالانه حق بیمه: ۵٪ ۱۰٪ ۱۵٪ ۲۰٪ ۲۵٪ ۳۰٪ ۴۰٪ ۵۰٪

مدت بیمه‌نامه: مدت معین سال (مجموع سن بیمه‌شده و مدت بیمه‌نامه نباید از ۸۰ سال تجاوز کند) / مدت پرداخت حق بیمه: (کمتر مساوی مدت بیمه‌نامه) سال

سرمایه فوت به هر علت: ریال / ضریب افزایش سالانه سرمایه فوت: ۵٪ ۱۰٪ ۱۵٪ ۲۰٪ ۲۵٪ ۳۰٪ ۴۰٪ ۵۰٪

فوت در اثر حادثه: یک‌برابر دوبرابر سه‌برابر چهاربرابر پنج‌برابر (سرمایه فوت به هر علت) / نقص عضو یا از کار افتادگی دائم ناشی از حادثه: ۵۰٪ ۱۰۰٪ (سرمایه فوت ناشی از حادثه)

هزینه‌های پزشکی ناشی از حادثه: ۵٪ ۱۰٪ ۱۵٪ ۲۰٪ (سرمایه فوت ناشی از حادثه)

گروه الف: سکنه قلبی و مغزی، سرطان، پیوند اعضای اصلی بدن، جراحی قلب باز CABG ۱۰٪ ۲۰٪ ۳۰٪ ۴۰٪ ۵۰٪ (سرمایه فوت به هر علت)

گروه ب: ام‌اس، نارسایی کبدی و کلیوی، پارکینسون ۱۰٪ ۱۵٪ ۲۰٪ ۲۵٪ (سرمایه فوت به هر علت)

گروه ج: سوختگی درجه سه بیش از ۳۰٪، کما و وضعیت پایدار نباتی، نابینایی و ناشنوایی دائم ناشی از بیماری‌های خارج از این پوشش‌ها، آلزایمر، دیستروفی عضلانی ۱۰٪ ۱۵٪ ۲۰٪ ۲۵٪ (سرمایه فوت به هر علت)

معافیت از پرداخت حق بیمه در صورت فوت بیمه‌گزار (به هر علت) بلی خیر

معافیت از پرداخت حق بیمه در صورت از کار افتادگی دائم و کامل بیمه‌گزار (به هر علت) بلی خیر

نام و نام خانوادگی	کد ملی	تاریخ تولد	نسبت با بیمه‌شده	درصد سهم	الویت
بیمه‌گزار <input type="checkbox"/> درصد سهم					
		/ /			
		/ /			
		/ /			

وراث قانونی به نسبت مساوی / وراث قانونی به نسبت سهم‌الارث

آیا در حال حاضر بیمه عمر یا حادثه صادر شده، رد شده و یا در جریان صدور دارید؟ در صورت مثبت بودن پاسخ، جدول ذیل را تکمیل نمایید.

نام شرکت بیمه	شماره بیمه‌نامه	سرمایه فوت (ریال)	در صورت رد تقاضا، ذکر علت ضروری است
آیا دارای بیمه‌گر پایه (تامین اجتماعی، خدمات درمانی و ...) می‌باشید؟ (نوع بیمه‌گر پایه: شماره بیمه:			

سوابق خانوادگی و اطلاعات پزشکی (ویژه بیمه‌شده)

افراد خانواده	وضعیت فعلی	سن فوت	شرح (وضعیت سلامت / علت فوت)
پدر	حیات <input type="checkbox"/> فوت <input type="checkbox"/>		
مادر	حیات <input type="checkbox"/> فوت <input type="checkbox"/>		
خواهر <input type="checkbox"/> برادر <input type="checkbox"/>	حیات <input type="checkbox"/> فوت <input type="checkbox"/>		
خواهر <input type="checkbox"/> برادر <input type="checkbox"/>	حیات <input type="checkbox"/> فوت <input type="checkbox"/>		
خواهر <input type="checkbox"/> برادر <input type="checkbox"/>	حیات <input type="checkbox"/> فوت <input type="checkbox"/>		

آیا در بین افراد درجه یک خانواده شما کسی به سل، سرطان، بیماری‌های قلبی، دیابت، بیماری‌های روحی و عصبی، مسری، ارثی و یا سایر بیماری‌ها مبتلا بوده‌اند؟ بلی خیر

در صورت مثبت بودن پاسخ، نوع بیماری و نسبت بیمار با بیمه‌شده را ذکر نمایید.

وزن بیمه‌شده: کیلوگرم / قد بیمه‌شده: سانتی‌متر

آیا سابقه مصرف سیگار، قلیان، سایر مواد دخانی یا مشروبات الکلی را داشته‌اید؟ بلی خیر / نوع: مدت زمان مصرف: سال / میزان مصرف (روزانه):

آیا خدمت نظام وظیفه انجام داده‌اید؟ بلی خیر / معافیت علت معافیت:

آیا در سه‌ماهه گذشته، تغییر وزن داده‌اید؟ بلی خیر / میزان: کیلوگرم اضافه کم علت:

آیا به صورت مستمر ورزش می‌کنید؟ بلی خیر / نوع ورزش: چند ساعت در هفته:

آیا از موتورسیکلت استفاده می‌کنید؟ بلی خیر / چند روز در هفته:

آیا به صورت مستمر سفر می‌کنید؟ بلی خیر / تعداد مسافرت ماهانه: وسیله نقلیه:

* در صورت یکسان بودن بیمه‌گر و بیمه‌شده، برای به تکمیل مشخصات بیمه‌شده، نیازی به تکمیل مشخصات بیمه‌گر نیست.

شماره مدرک: A-TA-069-06

