

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 خط خوردگی یا لاک‌گرفتگی و در نهایت حسن نیت پاسخ دهد. تکمیل این فرم پیشنهاد تا قبل از صدور بیمه‌نامه هیچگونه تعهدی را برای بیمه‌گر ایجاد نماید.

نام و نام خانوادگی/نام شرکت حقوقی: _____ / _____	تاریخ تولد/ثبت شرکت: _____ / _____
شماره شناسنامه/کد اقتصادی: _____ / _____	جنسیت: زن <input type="checkbox"/> مرد <input checked="" type="checkbox"/>
وضعیت تأهل: متاهل <input type="checkbox"/> مجرد <input checked="" type="checkbox"/> درآمد ماهانه: _____ (ریال) تلفن همراه: _____	نسبت با بیمه‌شده: _____ شغل اصلی: _____
(لطفاً عنوان شغلی مانند آزاد، کارگر، کارمند و عنوان رشته تحصیلی استفاده ننمایید)	نام و نام خانوادگی/ نام شرکت حقوقی: _____ / _____
کد و تلفن منزل/شرکت: _____ کدپستی: _____	نام و نام خانوادگی: _____ / _____

محل صدور: _____ / _____	نام پدر: _____ / _____
وضعیت تأهل: متاهل <input type="checkbox"/> مجرد <input checked="" type="checkbox"/> شماره شناسنامه: _____ / _____	جنسیت: زن <input type="checkbox"/> مرد <input checked="" type="checkbox"/>
پست الکترونیک: _____	تلفن همراه: _____ شغل اصلی: _____
نام و نام خانوادگی: _____ / _____	نام و نام خانوادگی: _____ / _____
نحوی پرداخت حق بیمه: یکجا <input type="checkbox"/> سالانه <input type="checkbox"/> شش ماهه <input type="checkbox"/> چهار ماهه <input type="checkbox"/> سه ماهه <input type="checkbox"/> دو ماهه <input type="checkbox"/> ماهانه <input type="checkbox"/> ضریب افزایش حق بیمه: ۵ <input type="checkbox"/> ۱۰ <input type="checkbox"/> ۱۵ <input type="checkbox"/> ۲۰ <input type="checkbox"/> ۲۵ <input type="checkbox"/> ۵۰ <input type="checkbox"/> سال	نحوی پرداخت حق بیمه: مادر <input type="checkbox"/> مدت معین سال (مجموع سن بیمه‌شده و مدت بیمه‌نامه نباید از ۸۰ سال تجاوز کند) مدت پرداخت حق بیمه: (کمتر مسلوی مدت بیمه‌نامه) سال

ضریب افزایش سالانه سرمایه فوت: ۵ <input type="checkbox"/> ۱۰ <input type="checkbox"/> ۱۵ <input type="checkbox"/> ۲۰ <input type="checkbox"/> ۲۵ <input type="checkbox"/> ۵۰ <input type="checkbox"/> ریال	ضریب افزایش سالانه سرمایه فوت: ۰ <input type="checkbox"/> ۵ <input type="checkbox"/> ۱۰ <input type="checkbox"/> ۱۵ <input type="checkbox"/> ۲۰ <input type="checkbox"/> ۲۵ <input type="checkbox"/> ۵۰ <input type="checkbox"/> سرمایه فوت به هر علت:
--	--

فوت در اثر حادثه: یکباره <input type="checkbox"/> دوباره <input type="checkbox"/> سه باره <input type="checkbox"/> چهار باره <input type="checkbox"/> پنج باره <input type="checkbox"/> (سرمایه فوت ناشی از حادثه) نقص عضو یا از کارافتادگی دائم ناشی از حادثه ۵۰٪ <input type="checkbox"/> ۱۰۰٪ <input type="checkbox"/> (سرمایه فوت ناشی از حادثه)
--

هزینه‌های پزشکی ناشی از حادثه ۵٪ <input type="checkbox"/> ۱۰٪ <input type="checkbox"/> ۱۵٪ <input type="checkbox"/> ۲۰٪ <input type="checkbox"/> ۲۵٪ <input type="checkbox"/> (سرمایه فوت ناشی از حادثه)
--

گروه‌الف: سکته قلبی و مغزی، سرطان، پیوند اعضای اصلی بدن، جراحی قلب باز CABG ۱۰٪ <input type="checkbox"/> ۳۰٪ <input type="checkbox"/> ۴۰٪ <input type="checkbox"/> ۵۰٪ <input type="checkbox"/> ۶۰٪ <input type="checkbox"/> (سرمایه فوت به هر علت)
---

گروه‌ب: ام‌اس، نارسایی کبدی و کلیوی، پارکینسون ۱۰٪ <input type="checkbox"/> ۲۰٪ <input type="checkbox"/> ۳۰٪ <input type="checkbox"/> ۴۰٪ <input type="checkbox"/> (سرمایه فوت به هر علت)
---

گروه‌ج: سوختگی درجه سه بیش از ۳۰٪، کما و وضعیت پایدار نبایی، نایبنا ناشی از بیماری‌های خارج از بیوشش‌ها، آذایم، دیستروفی عضلانی ۱۰٪ <input type="checkbox"/> ۲۰٪ <input type="checkbox"/> ۳۰٪ <input type="checkbox"/> ۴۰٪ <input type="checkbox"/> (سرمایه فوت به هر علت)
--

معافیت از پرداخت حق بیمه در صورت فوت بیمه‌گزار (به هر علت) بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
--

معافیت از پرداخت حق بیمه در صورت از کارافتادگی دائم و کامل بیمه‌گزار (به هر علت) بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
--

نام و نام خانوادگی	کدمی	تاریخ تولد	نسبت با بیمه‌شده	درصد سهم	الویت
	در صورت فوت بیمه شده				
		/ /			
		/ /			
		/ /			

وراث قانونی به نسبت مساوی <input type="checkbox"/> وراث قانونی به نسبت سهم‌الارث <input type="checkbox"/>
---

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	در صورت فوت (ریال)
---------------	-----------------	--------------------

آیا دارای بیمه‌گر پایه (تامین اجتماعی، خدمات درمانی و ...) می‌باشد؟ (نوع بیمه‌گر پایه): شماره بیمه: _____
---

## سوابق خانوادگی و اطلاعات پزشکی (ویژه بیمه‌شده)

افراد خانواده	وضعیت فلی	سن فوت	شرح (وضعیت سلامت/علت فوت)	افراد خانواده	سن فوت	شرح (وضعیت سلامت/علت فوت)	افراد خانواده	سن فوت	وضعیت فعلی	افراد خانواده	سن فوت
پدر	حيات <input type="checkbox"/> فوت <input type="checkbox"/>		خواهر <input type="checkbox"/> باردار <input type="checkbox"/> حیات <input type="checkbox"/> فوت <input type="checkbox"/>	خواهر <input type="checkbox"/> باردار <input type="checkbox"/> حیات <input type="checkbox"/> فوت <input type="checkbox"/>		خواهر <input type="checkbox"/> باردار <input type="checkbox"/> حیات <input type="checkbox"/> فوت <input type="checkbox"/>	خواهر <input type="checkbox"/> باردار <input type="checkbox"/> حیات <input type="checkbox"/> فوت <input type="checkbox"/>				
مادر	حيات <input type="checkbox"/> فوت <input type="checkbox"/>										
خواهر	حيات <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  در صورت مثبت بودن پاسخ، نوع بیماری و نسبت بیمار با بیمه‌شده را ذکر نمایید.

وزن بیمه‌شده	کیلوگرم	قدیمه‌شده	سانتی‌متر
آیا سابقه مصرف سیگار، قلیان، سایر مواد دخانی یا مشروبات الکلی را داشته‌اید؟	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	نوع:
آیا خدمت نظام وظیفه انجام داده‌اید؟	بلی <input type="checkbox"/>	علت معافیت <input type="checkbox"/>	معافیت
آیا در سه‌ماهه گذشته، تغیر وزن داده‌اید؟	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	میزان:
آیا به صورت مستمر ورزش می‌کنید؟	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	نوع ورزش:	_____
آیا از موتورسیکلت استفاده می‌کنید؟	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	چند روز در هفته:	_____
آیا به صورت مستمر سفر می‌کنید؟	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	تعداد مسافرت ماهانه:	_____
وسیله‌نقلیه:			

بیماری های دستگاه تنفسی	<input type="checkbox"/> خیر	بیماری های کلیوی	<input type="checkbox"/> خیر	بیماری های گوارشی	<input type="checkbox"/> خیر	بیماری های قلب و عروق	<input type="checkbox"/> خیر	بیماری های کلیوی	<input type="checkbox"/> خیر	بیماری های گوارشی	<input type="checkbox"/> خیر	بیماری های کلیوی	<input type="checkbox"/> خیر	بیماری های استخوانی	<input type="checkbox"/> خیر	مشکل بینایی و شنوایی
آیا در حال حاضر کاملاً سالم هستید؟	<input type="checkbox"/> خیر	بیماری استخوانی	<input type="checkbox"/> خیر	بیماری خونی	<input type="checkbox"/> خیر	بیماری های قلب و عروق	<input type="checkbox"/> خیر	آیا در حال حاضر کاملاً سالم هستید؟	<input type="checkbox"/> خیر	بیماری خونی	<input type="checkbox"/> خیر	آیا در حال حاضر کاملاً سالم هستید؟	<input type="checkbox"/> خیر	آیا در حال حاضر کاملاً سالم هستید؟	<input type="checkbox"/> خیر	آیا در حال حاضر کاملاً سالم هستید؟
سوال مخصوص بانوان	<input type="checkbox"/> خیر	بیماری غدد داخلی	<input type="checkbox"/> خیر	بیماری عفونی	<input type="checkbox"/> خیر	بیماری های عمومی	<input type="checkbox"/> خیر	سوال مخصوص بانوان	<input type="checkbox"/> خیر	بیماری عفونی	<input type="checkbox"/> خیر	بیماری های عمومی	<input type="checkbox"/> خیر	بیماری های پوستی	<input type="checkbox"/> خیر	بیماری های پوستی
بیماری اعصاب و روان	<input type="checkbox"/> خیر	سرطان	<input type="checkbox"/> خیر	بیماری های عمومی	<input type="checkbox"/> خیر	آیا در حاضر باردار هستید؟	<input type="checkbox"/> خیر	بیماری اعصاب و روان	<input type="checkbox"/> خیر	سرطان	<input type="checkbox"/> خیر	آیا در حاضر باردار هستید؟	<input type="checkbox"/> خیر	آیا در حاضر باردار هستید؟	<input type="checkbox"/> خیر	آیا در حاضر باردار هستید؟
آیا دارای نقص عضو یا از کار افتادگی می باشید؟	<input type="checkbox"/> باشد	از چه ناخیهای	<input type="checkbox"/> خیر	آیا دارای نقص عضو یا از کار افتادگی می باشید؟	<input type="checkbox"/> باشد	از چه ناخیهای	<input type="checkbox"/> خیر	آیا دارای نقص عضو یا از کار افتادگی می باشید؟	<input type="checkbox"/> باشد	از چه ناخیهای	<input type="checkbox"/> خیر	آیا دارای نقص عضو یا از کار افتادگی می باشید؟	<input type="checkbox"/> باشد	آیا دارای نقص عضو یا از کار افتادگی می باشید؟	<input type="checkbox"/> باشد	
در صورت مثبت بودن هر یک از سوالات فوق زمان شروع بیماری، نوع و میزان داروی مصرفی، درمان انجام شده و وضعیت فعلی بیمه شده را توضیح دهید.	به چه میزان															(در صورت انجام جراحی یا بستری شدن در بیمارستان، تاریخ و علت آن را بیان نمائید.)

سوابق خانوادگی و اطلاعات پزشکی جهت ارائه پوشش معافیت و مستمری ناشی از فوت یا از کار افتادگی (ویژه بیمه گزار)

(در صورت پیگیری بودن بیمه گزار و بیمه شده، نیازی به تکمیل این قسمت نمی‌باشد).

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

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؟

وزن بیممشده	کیلوگرم	قدیممشده	سانتی متر
آیا ساقه مصرف سیگار، قلیان، سایر مواد دخانی یا مشروبات الکلی را داشتید؟	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input checked="" type="checkbox"/>	نوع	میزان مصرف (روزانه)
مدت زمان مصرف	سال		
آیا خدمت نظام وظیفه انجام داده اید؟	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input checked="" type="checkbox"/>	علت معافیت	
آیا در سهماهه گذشته، تغییر وزن داده اید؟	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input checked="" type="checkbox"/>	میزان	کیلوگرم اضافه <input type="checkbox"/> کم <input checked="" type="checkbox"/> علت
آیا به صورت مستمر ورزش می کنید؟	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input checked="" type="checkbox"/>	نوع ورزش	چند ساعت در هفته
آیا از موتورسیکلت استفاده می کنید؟	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input checked="" type="checkbox"/>	چند روز در هفته	
آیا به صورت مستمر سفر می کنید؟	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input checked="" type="checkbox"/>	تعداد مسافت ماهانه	وسیله نقلیه

ایا دارای نقص عضو يا از کار افتادگی می باشدید؟  از چه ناخیهای  به چه علت  به چه میزان  آیا دارای نقص عضو يا از کار افتادگی می باشدید؟  از چه ناخیهای  به چه علت  به چه میزان  در صورت مشت بودن هر یک از سوالات فوق زمان شروع بیماری، سبب شروع بیماری، درمان انجام شده و وضعیت فعلی خود را توضیح دهید.  
(در صورت انجام جراحی يا بسترسی شدن در بیمارستان، تاریخ و علت آن را بیان ننمایید.)

ن چنانچه استفاده کنندگان از سرمایه بیمه مشخص نشده باشد، در صورت فوت بیمه شده پیشنهادی، سرمایه بیمه بین وراث قانونی تقسیم خواهد شد.

**چنانچه استفاده کنندگان تعیین شده، اما بیزین سهم آنها شخص نشده باشد، سرمهایه بهمراه به نسبت مساوی بین اسقفا و کنندگان تقسیم خواهد شد.**

▪ اینجانیان (بیمه‌گزار و بیمه‌شده) در کمال صحبت، سلامت و با آگاهی، اطلاع کامل و قبول شرایط مندرج در این فرم، شرایط عمومی، شرایط پوشش‌های تکمیلی و شرایط زمانی فعلی پوشش‌ها و بیمه‌نامه‌ها، این موارد را به عنوان شرایط ضمن عقد ذیفرفت و مطلع می‌باشیم که به موجب ماده ۱۷ قانون بیمه، هرگونه اظهار خلاف واقع و خودداری از واقع گویی به عدم، موجب باطل شدن و از دست رفتن مزایای بیمه‌نامه خواهد شد. همچنین شرکت بیمه اجازه دریافت هرگونه اطلاعات مورد نیاز راجع به وضع مراجی و سلامت اینجانیان را دارد. لذا با توجه به همه موارد فوق درخواست صدور بیمه‌نامه را داریم.

نام و امضای واحد ناظر فروش تاریخ / مهر	نام و امضای عامل فروش تاریخ / مهر	<b>نام و امضای بیمه شده</b> تاریخ:	سای بیمه گزار
---	--------------------------------------	---------------------------------------	---------------

<p><b>اطهار نظر نهایی کارشناس صدور</b> صدور بیمه‌نامه با توجه به مندرجات فرم پیشنهاد و ضوابط و مقررات بیمه:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> بلامانع است.</p> <p><input type="checkbox"/> با در نظر گرفتن درصد اضافه نرخ پزشکی، بلامانع است.</p> <p><input type="checkbox"/> بیمه نامه قابل صدور نمی‌باشد.</p>	<p>لر پژوهش معتمد شرکت بیمه صدور بیمه‌نامه با توجه به مندرجات فرم پیشنهاد و ضوابط و مقررات بیمه: مانع است.</p> <p><b>در نظر گرفتن</b> درصد اضافه نرخ پزشکی، بلامانع است.</p> <p><b>بیمه نامه قابل صدور نمی‌باشد.</b></p>
<p><b>توضیحات:</b></p>	<p>ات:</p>