

متقاضی محترم، نظر به اینکه مفاد بیمه نامه و به ویژه تعهدات بیمه گر بر مبنای اطلاعات ارائه شده در این فرم تنظیم می شود، خواهشمند است پرسش ها را به طور صحیح کامل و بدون هرگونه خطا خوردگی یا لاک گرفتگی و در نهایت حسن نیت پاسخ دهید. تکمیل این فرم پیشنهاد تا قبل از صدور بیمه نامه هیچگونه تعهدی را برای بیمه گر ایجاد نمی نماید.

* تکمیل موارد ستاره دار الزامی و سایر موارد اختیاری می باشد *

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 بیمه شده: 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 شش ماهه چهار ماهه سه ماهه دو ماهه ماهانه ضریب افزایش حق بیمه: ۵۰ ۲۵ ۲۰ ۱۵ ۱۰ ۵ ۰

مدت بیمه نامه: مادام العمر مدت معین سال (مجموع سن بیمه شده و مدت بیمه نامه نباید از ۸۰ سال تجاوز کند) مدت پرداخت حق بیمه: (کمتر مساوی مدت بیمه نامه) سال

سرمایه فوت به هر علت: ریال ضریب افزایش سالانه سرمایه فوت: ۵۰ ۲۵ ۲۰ ۱۵ ۱۰ ۵ ۰

فوت در اثر حادثه: یک برابر دو برابر سه برابر چهار برابر پنج برابر (سرمایه فوت به هر علت) نقص عضو یا از کار افتادگی دائم ناشی از حادثه ۱۰۰٪ ۵۰٪ ۱۰۰٪ (سرمایه فوت ناشی از حادثه)

هزینه های 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: ام اس، 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 بیماری های خارج از این پوشش ها، آلزایمر، دیستروفی عضلانی ۱۰٪ ۱۵٪ ۲۰٪ ۲۵٪ (سرمایه فوت به هر علت)

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

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

نام و نام خانوادگی	کد ملی	تاریخ تولد	نسبت یا بیمه شده	درصد سهم	الویت
بیمه گزار <input type="checkbox"/> درصد سهم					
		/ /			
		/ /			
		/ /			

وراث قانونی به نسبت مساوی وراث قانونی به نسبت سهم الارث

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 بیمه نامه	سرمایه فوت (ریال)	در صورت رد تقاضا، ذکر علت ضروری است

آیا دارای بیمه گر پایه (تامین اجتماعی، خدمات درمانی و ...) می باشید؟ (نوع بیمه گر پایه: شماره بیمه:)

سوابق خانوادگی و اطلاعات پزشکی (ویژه بیمه شده)

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"/>		

آیا در بین افراد درجه یک خانواده شما کسی به سل، سرطان، بیماری های قلبی، دیابت، بیماری های روحی و عصبی، مسری، ارثی و یا سایر بیماری ها مبتلا بوده اند؟ بلی خیر در صورت مثبت بودن پاسخ، نوع بیماری و نسبت بیمار با بیمه شده را ذکر نمایید.

وزن بیمه شده: کیلوگرم قد بیمه شده: سانتی متر

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

آیا خدمت نظام وظیفه انجام داده اید؟ بلی خیر معافیت علت معافیت:

آیا در سه ماهه گذشته، تغییر وزن داده اید؟ بلی خیر میزان: کیلوگرم اضافه کم علت: چند ساعت در هفته:

آیا به صورت مستمر ورزش می کنید؟ بلی خیر نوع ورزش: چند روز در هفته:

آیا از موتورسیکلت استفاده می کنید؟ بلی خیر تعداد مسافرت ماهانه: وسیله نقلیه:

* در صورت یکسان بودن بیمه گر و بیمه شده، برای به تکمیل مشخصات بیمه شده می باشد *

شماره مدرک: A-TA-069-05

