



۱) آیا کسی از افراد خانواده شما (پدر، مادر، خواهر، برادر، همسر و فرزندان) به بیماری سل، سرطان، بیماری قلبی، بیماری ریوی، فشارخون، مرخصی قند، نارسایی کلیه، سکتة مغزی، بیماری مادرزادی 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  معالجت غیر پزشکی  معالجت پزشکی  علت معالجت پزشکی: \_\_\_\_\_
- ۲) قد بیمه شونده: \_\_\_\_\_ سانتی متر وزن بیمه شونده: \_\_\_\_\_ کیلوگرم
- ۳) به کدام ورزشها می پردازید؟ \_\_\_\_\_
- ۴) در صورت مصرف یا ترک سیگار  مشروبات الکلی  مواد مخدر  میزان، نوع و مدت مصرف یا مدت زمان ترک را ذکر نمایید؟ \_\_\_\_\_
- ۵) آیا از موتور سیکلت جهت تردد استفاده می کنید؟  بله  خیر (حوادث ناشی از هدایت وسایل نقلیه موتوربی در صورتی مشمول بیمه می باشد که بیمه شده دارای گواهینامه معتبر باشد)
- ۶) آیا در دوازده ماه گذشته تغییرات وزن داشته اید؟  بله  خیر میزان افزایش / کاهش وزن: \_\_\_\_\_ کیلوگرم علت افزایش کاهش وزن: \_\_\_\_\_
- ۷) آیا ظرف شش ماه گذشته آزمایش انجام داده اید؟  بله  خیر نوع آزمایش؟ \_\_\_\_\_
- ۸) آیا دچار نقص عضو از کار افتادگی شده اید؟  بله  خیر در چه ناحیه ای / به چه میزان؟ \_\_\_\_\_
- ۹) آیا در دوره برای بیماری طولانی استفاده کرده یا می کنید؟  بله  خیر نوع دارو: \_\_\_\_\_ میزان مصرف: \_\_\_\_\_ مدت مصرف: \_\_\_\_\_
- ۱۰) آیا مورد عمل جراحی قرار گرفته اید؟ یا بستری شده اید؟  بله  خیر به چه علت؟ \_\_\_\_\_ در چه تاریخی: \_\_\_\_\_ نام پزشک معالج: \_\_\_\_\_
- ۱۱) آیا در حال حاضر کاملاً سالم هستید؟  بله  خیر
- ۱۲) آیا به تازگی یا بیماریهای زیر مبتلا بوده یا می باشد؟ در صورت مثبت بودن پاسخ هر یک از موارد تاریخ بروز و مدت زمان بیماری و عوارض بیجا مانده و نام پزشک معالج: \_\_\_\_\_

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

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

توضیحات: \_\_\_\_\_

گزارش فروشنده بیمه

۱) آیا بیمه شونده را شخصاً می شناسید؟  بله  خیر

۲) به نظر شما بیمه شونده در حال حاضر از سلامت برخوردار است؟  بله  خیر

۳) آیا درباره بیمه زندگی اطلاعات کامل در اختیار متقاضی و بیمه شونده گذارده اید؟  بله  خیر

۴) آیا متقاضی و بیمه شونده در حضور شما شخصاً فرم پیشنهاد را تکمیل نموده اند؟  بله  خیر

۵) آیا صحت امضای متقاضی و بیمه شونده مورد تایید می باشد؟  بله  خیر

بدینوسیله گواهی می نماید بیمه شونده شخصاً توسط اینجانب رویت گردیده و مراتب فوق مورد تایید است نام، امضاء، مهر و کد نمایندگی یا کارگزار: \_\_\_\_\_

تاریخ: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

تایید 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 با صداقت و دقت پاسخ داده و مطلع هستیم که هر گونه 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 هر گونه 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: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ تاریخ: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

این قسمت توسط بیمه گر تکمیل خواهد شد

اظهار نظر اولیه کارشناس صدور	اظهار نظر پزشک معتمد شرکت	اظهار نظر نهایی کارشناس صدور
<p>صدور بیمه نامه نیاز به انجام آزمایشات: <input type="radio"/> دارد <input type="radio"/> ندارد</p> <p>در صورت مثبت بودن پاسخ علت درخواست: _____</p> <p>سرمایه بیمه نامه <input type="checkbox"/> مسائل پزشکی</p> <p>سن بیمه شونده <input type="checkbox"/> سایر موارد: _____</p> <p>نام و امضای کارشناس اولیه صدور: _____</p> <p>تاریخ: _____ / _____ / _____</p>	<p>۱) با توجه به اطلاعات پزشکی و عمومی فرم پیشنهاد، بیمه شونده نیاز به انجام معاینات پزشکی: <input type="radio"/> دارد <input type="radio"/> ندارد</p> <p>نوع آزمایش: _____</p> <p>۲) با توجه به بررسی اطلاعات فرم پیشنهاد (با نتایج آزمایشات) صدور بیمه نامه از نظر مقررات پزشکی بیمه های زندگی: _____</p> <p>تایید می گردد <input type="checkbox"/></p> <p>با در نظر گرفتن _____ درصد احتمال افزایش فوت تایید می گردد <input type="checkbox"/></p> <p>به صلاح بیمه گر نمی باشد به علت _____</p> <p>نام، امضاء و مهر پزشک معتمد: _____</p> <p>تاریخ: _____ / _____ / _____</p>	<p>صدور بیمه نامه با توجه به مترجات فرم پیشنهاد و قوانین و مقررات بیمه و بیمه گری: _____</p> <p>با نرخ عادی بلا مانع است <input type="checkbox"/></p> <p>با اضافه نرخ _____ درصد به علت _____ بلا مانع است <input type="checkbox"/></p> <p>به علت _____ امکان پذیر نمی باشد <input type="checkbox"/></p> <p>نام و امضای کارشناس نهایی صدور: _____</p> <p>تاریخ: _____ / _____ / _____</p>