



بیماری	بلی	خیر	بیماری	بلی	خیر
بیماری‌های دستگاه تنفسی (سرفه مزمن، آسم و ...)			بیماری‌های قلب و عروق بخصوص فشار خون و درد قفسه سینه		
بیماری‌های خونی، سابقه تزریق خون، کم خونی			بیماری‌های گوارشی، کبد، پانکراس و ...		
بیماری‌های اعصاب و روان، اضطراب، و ...			بیماری‌های داخلی اعصاب، تشنج و سکتة مغزی		
بیماری‌های کلیه، مجاری ادرار و ...			بیماری‌های گوش و حلق و بینی، چشمی و ...		
بیماری‌های پوستی، خال‌های بزرگ و ...			بیماری‌های استخوانی، عضلات، مفاصل و ...		
بیماری‌های غدد داخلی نظیر تیروئید و دیابت ...			سابقه بیماری‌های عفونی مانند سل، هپاتیت و ...		
آیا مورد عمل جراحی قرار گرفته‌اید؟ یا بستری شده‌اید؟			آیا به بیماری یا عارضه دیگری مبتلا شده‌اید که ذکر نشده باشد؟		
آیا دچار نقص عضو شده‌اید؟			آیا دچار از کارافتادگی شده‌اید؟		
آیا در شش‌ماه گذشته کاهش وزن داشته‌اید؟			آیا کسی از بستگان درجه اول شما به بیماری سل، تشنج، و ... مبتلا بوده یا می‌باشد؟		
آیا از دارو برای بیماری طولانی مدت استفاده می‌کنید؟			آیا در حال حاضر کاملاً سالم هستید؟		
در صورت مصرف سیگار □ - مشروبات الکلی □ - مواد مخدر □، مقدار و مدت مصرف را توضیح دهید؟					
سوال مخصوص خانم‌ها: آیا در حال حاضر باردار هستید؟ بلی □ خیر □					
آیا بیماری‌های زنانه داشته‌اید؟ بلی □ خیر □					
در صورت مثبت بودن هر یک سوالات فوق با ذکر شروع زمان بیماری، داروی مصرفی، مدت مصرف، درمان انجام شده و وضعیت فعلی بیمه‌شده را توضیح دهید:					

وضعیت سلامتی بیمه شده

وضعیت سلامتی	افراد خانواده	سن	وضعیت سلامت در صورت حیات	علت فوت	افراد خانواده	سن	وضعیت سلامت در صورت حیات	علت فوت
وضعیت سلامتی بیمه شده	پدر				خواهر			
	مادر				برادر			

وضعیت خانواده بیمه شده

سوابق بیمه‌ای	آیا تا به حال درخواست بیمه عمری داشته‌اید که یک شرکت بیمه صدور آن را نپذیرفته باشد؟ بلی □ خیر □ آیا در حال حاضر پیشنهاد بیمه عمر یا حادثه در جریان صدور یا صادر شده دارید؟ بلی □ خیر □ در صورت مثبت بودن پاسخ، نوع بیمه‌نامه و نام شرکت بیمه خود و سرمایه فوت بیمه را اعلام فرمایید:
---------------	--

- اینجانبان (بیمه‌شده و بیمه‌گذار) امضاءکنندگان این پیشنهاد اعلام می‌داریم که به کلیه سوالات مشروحه در این فرم با صداقت و به نحو کامل جواب داده و از مقررات و شرایط عمومی بیمه‌نامه که جزء لاینفک این قرارداد می‌باشد، اطلاع کامل حاصل نموده و اعلام می‌نماییم که جواب‌های داده شده کاملاً درست و عین واقعیت بوده و مطلع هستیم که هرگونه اظهار خلاف واقع و خودداری از واقع‌گویی به موجب قانون بیمه باعث باطل شدن قرارداد بیمه‌عمر و از دست دادن مزایای آن خواهد شد. ضمناً بیمه‌گر یا پزشکان معتمد اجازه دارند هرگونه اطلاعاتی را که راجع به وضع مزاجی و سلامت بیمه‌شده نیاز باشد، کسب نمایند.
- ضمناً اینجانبان (بیمه‌شده و بیمه‌گذار) مطلعیم که ارزش بازخریدی بیمه‌نامه عمر، با نرخ سود تضمینی سالانه ۱۵٪ و به صورت روزشمار می‌باشد که طبق قوانین بیمه‌ای مربوطه، برای مدت ۱۰ سال تضمین شده است. پس از ۱۰ سال، نرخ سود بیمه‌نامه بر اساس اعلام و ابلاغ بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران اعمال خواهد شد. نرخ‌های سود پیش‌بینی اعم از ۲۰٪ و ۲۲٪ در صورت تحقق سرمایه‌گذاری‌های شرکت بیمه از محل ذخایر بیمه‌نامه، به صورت مشارکت در منافع اعطا خواهد شد.

محل امضاء	نام بیمه‌گذار:	نام بیمه‌شده:
امضای بیمه‌گذار:	نام بیمه‌شده:	امضای بیمه‌شده:
تاریخ:	تاریخ:	تاریخ:

نظر پزشک معتمد	تاریخ:	نام، امضاء و مهر پزشک:
آیا پیشنهاد دهنده را شخصاً می‌شناسید؟ آیا ملاحظات خاصی از سلامت فعلی یا گذشته او دارید؟ شرح دهید. آیا درباره شرایط بیمه عمر اطلاعات کامل در اختیار بیمه‌گذار و بیمه‌شده گذارده‌اید؟ آیا صحت امضاء بیمه‌شده و بیمه‌گذار مورد تأیید می‌باشد؟	تاریخ:	نام، امضاء و مهر پزشک:
بلی □ خیر □ بلی □ خیر □ بلی □ خیر □ بلی □ خیر □		کد نماینده / کارگزار / بازاریاب: مهر و امضاء نماینده / کارگزار:

نظر پزشک معتمد

نظر پزشک معتمد	تاریخ:	نام، امضاء و مهر پزشک:
اضافه نرخ	درصد	