

بیمه شده		بیمه گذار (در صورت یکسان نبودن بیمه گذار با بیمه شده و درخواست اخذ پوشش معافیت جدول ذیل تکمیل گردد.)	
۱	قد بیمه شده سانتی متر وزن بیمه شده کیلوگرم	۱	قد بیمه گذار سانتی متر وزن بیمه گذار کیلوگرم
۲	(مخصوص آقایان) آیا خدمت نظام وظیفه انجام داده اید: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت معافیت پزشکی علت آن را با ذکر ماده و بند مربوطه بیان نمایید.	۲	(مخصوص آقایان) آیا خدمت نظام وظیفه انجام داده اید: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت معافیت پزشکی علت آن را با ذکر ماده و بند مربوطه بیان نمایید.
۳	آیا از موتور سیکلت به طور مستمر استفاده می نمایید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	۳	آیا از موتور سیکلت به طور مستمر استفاده می نمایید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۴	آیا ورزش حرفه ای، مسافرت‌های مستمر و یا فعالیتهای جنبی دیگر انجام می دهید؟	۴	آیا ورزش حرفه ای، مسافرت‌های مستمر و یا فعالیتهای جنبی دیگر انجام می دهید؟
۵	وضعیت سلامت افراد خانواده پدر: سن نوع بیماری علت فوت مادر: سن نوع بیماری علت فوت	۵	وضعیت سلامت افراد خانواده پدر: سن نوع بیماری علت فوت مادر: سن نوع بیماری علت فوت

سابقه ابتلا یا داشتن بیماری در بیمه شده		سابقه ابتلا یا داشتن بیماری در بیمه گذار	
بلی	خیر	بلی	خیر
	بیماری های قلب و عروق شامل درد قفسه سینه و فشار خون یا سکته قلبی		بیماری های قلب و عروق شامل درد قفسه سینه و فشار خون یا سکته قلبی
	بیماری های دستگاه تنفسی(سرفه مزمن، آسم)		بیماری های دستگاه تنفسی(سرفه مزمن، آسم)
	بیماری های غدد داخلی نظیر تیروئید، قند(دیابت)		بیماری های غدد داخلی نظیر تیروئید، قند(دیابت)
	بیماری های خونی شامل سابقه تزریق خون، کم خونی ها و تالاسمی		بیماری های خونی شامل سابقه تزریق خون، کم خونی ها و تالاسمی
	بیماری های افسردگی، تشنج و سکته مغزی و ام اس		بیماری های افسردگی، تشنج و سکته مغزی و ام اس
	سرطان ها (پوست، معده، مغز و غیره)		سرطان ها (پوست، معده، مغز و غیره)
	بیماری های استخوانی، عضلات، مفاصل و مشکلات حرکتی		بیماری های استخوانی، عضلات، مفاصل و مشکلات حرکتی
	بیماری های عفونی مانند سل، هپاتیت، ایدز		بیماری های عفونی مانند سل، هپاتیت، ایدز
	بیماری های کلیه و مجاری ادراری و پروستات شامل سنگ کلیه، عفونت ادراری و غیره		بیماری های کلیه و مجاری ادراری و پروستات شامل سنگ کلیه، عفونت ادراری و غیره
	مشکل بینایی یا شنوایی (کم بینایی، نابینایی، کم شنوایی، ناشنوایی)		مشکل بینایی یا شنوایی (کم بینایی، نابینایی، کم شنوایی، ناشنوایی)
	استفاده از دارو به طور منظم و بیش از ۶ ماه		استفاده از دارو به طور منظم و بیش از ۶ ماه
	آیا از سیگار(قلیان) استفاده می نمایید؟..... نخ باردروز		آیا از سیگار(قلیان) استفاده می نمایید؟..... نخ باردروز
	آیا از مواد مخدر یا مشروبات الکلی استفاده می نمایید؟		آیا از مواد مخدر یا مشروبات الکلی استفاده می نمایید؟
	آیا در شش ماه گذشته کاهش یا افزایش وزن داشته اید؟		آیا در شش ماه گذشته کاهش یا افزایش وزن داشته اید؟
	آیا تاکنون بستری یا عمل جراحی در بیمارستان داشته اید؟		آیا تاکنون بستری یا عمل جراحی در بیمارستان داشته اید؟
	آیا به بیماری دیگری مبتلا بوده اید که ذکر نشده باشد؟		آیا به بیماری دیگری مبتلا بوده اید که ذکر نشده باشد؟
	آیا دچار نقص عضو یا از کارافتادگی شده اید؟		آیا دچار نقص عضو یا از کارافتادگی شده اید؟
	علت؟..... کدام ناحیه؟..... چند درصد؟.....		علت؟..... کدام ناحیه؟..... چند درصد؟.....
	در صورت مثبت بودن هر یک از سوالات فوق با ذکر بیماری، زمان شروع بیماری، نوع و میزان داروی مصرفی، درمان انجام شده و وضعیت فعلی بیمه شده را توضیح دهید. (در صورت جراحی، تاریخ و علت عمل جراحی یا بستری شدن را بیان نمایید)		در صورت مثبت بودن هر یک از سوالات فوق با ذکر بیماری، زمان شروع بیماری، زمان شروع بیماری، نوع و میزان داروی مصرفی، درمان انجام شده و وضعیت فعلی بیمه گذار را توضیح دهید. (در صورت جراحی، تاریخ و علت عمل جراحی یا بستری شدن را بیان نمایید)

امضاء بیمه گذار و بیمه شده
اینجانبان (بیمه گذار و بیمه شده) امضاء کنندگان این پیشنهاد اعلام میداریم که به تمامی سوالات مشروحه در این فرم با صداقت و به نحو کامل پاسخ داده و از مقررات و شرایط عمومی و خصوصی بیمه نامه که جزء لاینفک این قرارداد می باشد، اطلاع کامل حاصل نموده و اعلام می نماییم که پاسخ های داده شده کاملاً درست و عین واقعیت بوده و مطلع هستیم که هر گونه اظهار خلاف واقع و خودداری از واقع گویی به موجب قانون بیمه باعث ابطال قرارداد بیمه عمر و از دست دادن مزایای آن خواهد شد.
نام و نام خانوادگی بیمه گذار / تاریخ / امضاء: نام و نام خانوادگی بیمه شده / ولی یا قیم بیمه شده / تاریخ / امضاء:

معرف (بازاریاب)
اینجانب / اینجانبان شخصاً بیمه گذار بیمه نامه و بیمه شده را ملاقات نموده ضمن احراز هویت و ارائه اطلاعات کافی و دقیق در باره شرایط بیمه نامه و میزان تعهدات و ارزش بازخرید آن، صحت امضاء بیمه گذار بیمه نامه و بیمه شده را تایید می نمایم.
نام و نام خانوادگی بازاریاب / تاریخ / امضاء: نام و نام خانوادگی معرف / تاریخ / امضاء / مهر:

نظر پزشکی
نظر پزشک معتمد شرکت
مهر و امضای پزشک معتمد / تاریخ:

نظر نهایی
امضا / تاریخ: