

| 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 □ | | | | | |
| 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 |
|--------------|---------------|----|--------------------------|---------|---------------|----|--------------------------|---------|
| | پدر | | | | خواهر | | | |
| | مادر | | | | برادر | | | |

وضعیت سلامتی خانواده بیمه شده

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

سوابق بیمه‌ای

- 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: | | امضای بیمه‌شده: |
| تاریخ: | | تاریخ: |

| توسط فروشنده بیمه تکمیل گردد | تاریخ: |
|--|---|
| <p>آیا پیشنهاد دهنده را شخصاً می‌شناسید؟</p> <p>آیا ملاحظات خاصی از سلامت فعلی یا گذشته او دارید؟ شرح دهید.</p> <p>آیا درباره شرایط بیمه عمر اطلاعات کامل در اختیار بیمه‌گذار و بیمه‌شده گذارده‌اید؟</p> <p>آیا صحت امضاء بیمه‌شده و بیمه‌گذار مورد تایید می‌باشد؟</p> | <p>بلی □ خیر □ از چه مدتی؟</p> <p>بلی □ خیر □</p> <p>بلی □ خیر □</p> <p>بلی □ خیر □</p> |
| تاریخ: | <p>کد نماینده / کارگزار / بازاریاب:</p> <p>مهر و امضاء نماینده / کارگزار:</p> |

| نظر پزشک معتمد | تاریخ: | نام، امضاء و مهر پزشک: |
|------------------------------|--------|------------------------|
| <p>اضافه نرخ</p> <p>درصد</p> | | |