



مشخصات بیمه شده

مشخصات بیمه نامه

وضعیت سلامتی بیمه شده

مخصوص بانوان

توسط فروشنده بیمه تکمیل گردد

اعلام نظر کارشناس اس صدور

اظهار نظر پزشک معتمد

نام خانوادگی: نام پدر: تاریخ تولد: / /
 کد ملی: شماره شناسنامه: محل تولد: محل صدور:
 جنسیت: زن مرد قد: سانتی متر وزن: کیلوگرم
 شغل اصلی: ماهیت شغل اصلی: تولیدی خدماتی بازرگانی ساختمانی سایر شغل فرعی: متوسط درآمد ماهانه: ریال
 تلفن همراه (ضروری): تلفن ثابت:
 نشانی محل کار: نام شهر: ، ،
 نشانی محل زندگی: نام شهر: ، ،

مشخصات	ذینفع
بیمه شده	در صورت حیات
وراث قانونی	در صورت فوت

مدت بیمه نامه: ۳۰ سال
 حق بیمه اولیه (سالیانه): ۱,۸۰۰,۰۰۰ ریال
 ضریب رشد سالیانه حق بیمه: ۱۰٪
 دوره پرداخت حق بیمه: سالانه
 سرمایه فوت به هر علت = ۴۵,۰۰۰,۰۰۰ ریال
 سرمایه تکمیلی فوت حادثه = ۴۵,۰۰۰,۰۰۰ ریال
 غرامت نقص عضو و ازکارافتادگی دائم کلی یا جزئی ناشی از حوادث = ۲۵,۰۰۰,۰۰۰ ریال

آیا از بستگان نسبی شما (صرفاً پدر، مادر، برادر، خواهر) دچار بیماری هستند؟ در صورت مثبت بودن پاسخ، لطفاً نام بیماری و نسبت را بیان فرمایید
 اگر بستگان نسبی شما (صرفاً پدر، مادر، برادر، خواهر) کسی فوت کرده است، لطفاً سن فوت، علت فوت، و نسبت را بیان فرمائید:

آیا در حال حاضر کاملاً سالم می باشید؟ بلی خیر اگر پاسخ منفی است توضیح دهید:
 آیا تا به حال عمل جراحی انجام داده اید؟ بلی خیر اگر پاسخ مثبت است توضیح دهید:
 آیا دچار نقص عضو و یا از کارافتادگی شده اید؟ بلی خیر از چه ناحیه و به چه میزان:
 آیا تاکنون سابقه بستری در بیمارستان یا آسایشگاه را داشته اید؟ بلی خیر اگر پاسخ مثبت است به چه علت؟ چه مدت؟ با ذکر تاریخ بستری
 آیا از دارو برای درمان بیماری در طولانی مدت استفاده کرده یا می کنید؟ بلی خیر نوع دارو: میزان و مدت مصرف:
 آیا از سیگار، مشروبات الکلی، مواد مخدر، روانگردان یا مشابه آن استفاده کرده یا می کنید؟ بلی خیر میزان مصرف و مدت آن: در صورت ترک مدت زمان آن به ماه:
 آیا تا به حال سابقه ابتلا به بیماری های قلب و عروق، بیماری های عفونی، هورمونی، ربوی، سرگیجه، استخوان، گردش خون، یرقان، بیماری های مقاربتی، دستگاه تناسلی و یا هر نوع بیماری داخلی و عفونی دیگر، سرطان، آسم، ترومبوز، غش، دیابت، انواع ناراحتی های عصبی و شوکی، عدم تعادل روانی و یا هر نوع بیماری مزمن دیگر داشته اید؟ بلی خیر
 در صورت مثبت بودن هر یک از موارد بالا، لطفاً نام بیماری، تاریخ و در صورت امکان نام پزشک معالج را مرقوم فرمایید:

آیا در حال حاضر باردار می باشید؟ بلی خیر اگر پاسخ مثبت است، ماه چندم بارداری:
 آیا سابقه بیماری زنانه داشته اید؟ بلی خیر اگر پاسخ مثبت است، نام بیماری، تاریخ و در صورت امکان نام پزشک معالج را مرقوم فرمایید:

اینجانبان بیمه شده اعلام می نمایم که تمام پاسخهایی که در این پرسشنامه داده ام کاملاً درست بوده و هرگونه خلاف واقع و خودداری از آنچه درباره وضع سلامتی خود می دانم به موجب ماده ۱۲ قانون بیمه باعث ابطال و سلب مزایای بیمه نامه خواهد شد. ضمناً شرکت بیمه تعاون مجاز است در هر زمان که لازم بداند به پزشک یا پزشکان معالج اینجانب یا در هر مرجع دیگری برای کسب اطلاعات مورد نظر مراجعه نموده و هر گونه تحقیقی را در مورد سوابق پزشکی اینجانب بعمل آورند.

تاریخ، نام و امضا بیمه شده یا ولی قانونی

تاریخ، مهر و امضاء نماینده/کارگزار
 آیا متقاضی را شخصاً می شناسید؟ بلی خیر آیا کلیه اطلاعات مورد نیاز بیمه گذار به وی داده شده است؟ بلی خیر
 آیا بیمه شده را شخصاً رویت کرده اید؟ بلی خیر آیا صحت امضاء بیمه شده و بیمه گذار مورد تایید شما می باشد؟ بلی خیر

تاریخ، مهر و امضاء کارشناس صدور کد پرسنلی:
 نیاز به انجام آزمایشات پزشکی ندارد دارد علت درخواست آزمایشات پزشکی (سرمایه فوت بالا) مسائل پزشکی سایر:
 صدور بلامانع است صدور با اضافه نرخ درصد امکان پذیر است صدور امکان پذیر نمی باشد

تاریخ، نام، امضاء و مهر پزشک معتمد
 باتوجه به وضعیت پزشکی بیمه شده، صدور بیمه نامه بدون اضافه نرخ یا با اضافه نرخ درصد تایید می گردد.
 نظر نهایی پزشک در مورد علت اضافه نرخ و یا سایر مسائل پزشکی بیمه شده: