



مشخصات بیمه‌گذار	نام و نام خانوادگی / نام شرکت: کد اقتصادی (اشخاص حقوقی): شغل (با شرح): جنسیت: مرد <input type="radio"/> زن <input type="radio"/> تلفن ثابت: آدرس محل سکونت: کد پستی: آدرس محل کار:	نام پدر: شماره ثبت (اشخاص حقوقی): وضعیت نظام وظیفه: وضعیت تاهل: مجرد <input type="radio"/> متاهل <input type="radio"/> تلفن همراه:	محل تولد: محل صدور: شماره ملی: تابعیت / وضعیت اقامت: آخرین مدرک تحصیلی:	تاریخ تولد: شماره شناسنامه:																																								
	کد و نام نماینده / کارگزار:																																											
مشخصات بیمه‌شده	نام و نام خانوادگی: شماره ملی: اقامت: جنسیت: مرد <input type="radio"/> زن <input type="radio"/> آدرس محل سکونت: کد پستی: آدرس محل کار:	نسبت با بیمه‌گذار: ملیت: وضعیت تاهل: مجرد <input type="radio"/> متاهل <input type="radio"/> تلفن ثابت:	شغل (با شرح): آخرین مدرک تحصیلی: تلفن همراه:	تاریخ تولد: وضعیت نظام وظیفه: تلفن همراه:	شماره شناسنامه: تابعیت / وضعیت:																																							
مشخصات بیمه	<p>نحوه پرداخت حق بیمه: سالانه <input type="checkbox"/> ۱۰ ساله <input type="checkbox"/> ۱۵ ساله <input type="checkbox"/></p> <p>مدت پرداخت حق بیمه: ساله <input type="checkbox"/> ۱۰ ساله <input type="checkbox"/> ۱۵ ساله <input type="checkbox"/> ۲۰ درصد <input type="checkbox"/></p> <p>مبلغ حق بیمه در شروع قرارداد (به عدد): ریال</p> <p>افزایش سالیانه حق بیمه: عدم افزایش <input type="checkbox"/> ۵ درصد <input type="checkbox"/> ۱۰ درصد <input type="checkbox"/> ۱۵ درصد <input type="checkbox"/> ۲۰ درصد <input type="checkbox"/></p> <p>سرمایه درخواست شده در صورت فوت (به عدد): ریال</p> <p>(سرمایه فوت از ۵۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال تا ۵۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال است.)</p> <p>افزایش سالیانه سرمایه بیمه عمر: عدم افزایش <input type="checkbox"/> ۵ درصد <input type="checkbox"/> ۱۰ درصد <input type="checkbox"/> ۱۵ درصد <input type="checkbox"/> ۲۰ درصد <input type="checkbox"/> (درصد افزایش سرمایه باید کوچکتر یا مساوی درصد افزایش حق بیمه در سال باشد.)</p>																																											
پوشش‌های تکمیلی	<p>سرمایه فوت بر اثر حادثه: عدم درخواست <input type="checkbox"/> یک برابر سرمایه فوت <input type="checkbox"/> دو برابر سرمایه فوت <input type="checkbox"/> سه برابر سرمایه فوت <input type="checkbox"/></p> <p>سرمایه از کارافتادگی و نقص عضو جزئی و کلی ناشی از حادثه (منوط به اخذ پوشش حادثه می‌باشد):</p> <p>عدم درخواست <input type="checkbox"/> ۵۰ درصد سرمایه فوت <input type="checkbox"/> ۱۰۰ درصد سرمایه فوت <input type="checkbox"/> ۱۵۰ درصد سرمایه فوت <input type="checkbox"/> ۲۰۰ درصد سرمایه فوت <input type="checkbox"/></p> <p>(سرمایه بیمه از کارافتادگی و نقص عضو کوچکتر یا مساوی سرمایه فوت بر اثر حادثه می‌باشد)</p> <p>پوشش معافیت از پرداخت حق بیمه به علت از کارافتادگی کلی: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p>																																											
استفاده‌کنندگان	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ردیف</th> <th>نام و نام خانوادگی</th> <th>شماره ملی</th> <th>تاریخ تولد</th> <th>نام پدر</th> <th>نسبت با بیمه‌شده</th> <th>درصد سهم</th> <th>اولویت</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>۱</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>۲</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>۳</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>۴</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره ملی	تاریخ تولد	نام پدر	نسبت با بیمه‌شده	درصد سهم	اولویت	۱								۲								۳								۴							
	ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره ملی	تاریخ تولد	نام پدر	نسبت با بیمه‌شده	درصد سهم	اولویت																																				
۱																																												
۲																																												
۳																																												
۴																																												

۱- چنانچه در حال حاضر در این شرکت یا شرکت دیگری بیمه زندگی برای شما صادر گردیده و یا در جریان صدور می‌باشد نوع بیمه، سرمایه بیمه، تاریخ شروع، مدت قرارداد و تاریخ شروع بیمه نامه را ذکر نمائید.



وزن بیمه شده:		قد بیمه شده:	
سوالات عمومی			
۱	آیا معافیت پزشکی خدمت وظیفه دارید؟ در صورت مثبت بودن پاسخ توضیح دهید.	بیمه شده: <input type="radio"/> بلی <input type="radio"/> خیر	
۲	آیا دچار نقص عضو یا از کار افتادگی می باشید؟ در صورت مثبت بودن پاسخ توضیح دهید.	بیمه شده: <input type="radio"/> بلی <input type="radio"/> خیر	
۳	آیا از موتور سیکلت به طور مداوم استفاده می نمایید؟	بیمه شده: <input type="radio"/> بلی <input type="radio"/> خیر	
۴	آیا دارای سابقه بیماری های قلبی، دستگاه گردش خون (مانند سکته قلبی یا مغزی)، اعصاب و روان (مانند صرع یا افسردگی)، دستگاه تنفس، دستگاه گوارش، دستگاه ادراری - تناسلی، مفاصل و استخوانها، غدد داخلی (مانند دیابت)، انواع سرطان و بیماری های خود ایمنی و یا هر نوع بیماری مزمن دیگر می باشید؟ در صورت مثبت بودن پاسخ لطفاً تاریخ ابتلا و شروع بیماری را به همراه نام و میزان داروی مصرفی ذکر فرمایید.	بیمه شده: <input type="radio"/> بلی <input type="radio"/> خیر	
۵	آیا در بین افراد درجه یک خانواده شما فردی به بیماری خاصی مبتلا است؟ در صورت مثبت بودن پاسخ نام بیماری را ذکر فرمایید.	بیمه شده: <input type="radio"/> بلی <input type="radio"/> خیر	
۶	آیا در حال حاضر تحت نظر یا درمان پزشک می باشید؟ در صورت مثبت بودن پاسخ لطفاً علت، نام و میزان داروی مصرفی را ذکر فرمایید.	بیمه شده: <input type="radio"/> بلی <input type="radio"/> خیر	
۷	آیا تا به حال عمل جراحی انجام داده اید؟ در صورت مثبت بودن پاسخ توضیح دهید.	بیمه شده: <input type="radio"/> بلی <input type="radio"/> خیر	

اینجانبان (بیمه گذار و بیمه شده) با اطلاع کامل از شرایط و مقررات بیمه زندگی خاورمیانه، این فرم را به صورت دقیق مطالعه نموده و اعلام می نمایم، کلیه پاسخ های داده شده کاملاً صحیح می باشد و از هرگونه اظهارنظر خلاف واقع خودداری نموده ام و اطلاع دارم که در صورت اظهارات خلاف واقع درباره وضع سلامتی خود، به موجب ماده ۱۲ قانون بیمه باعث ابطال و سلب مزایای بیمه نامه خواهد شد. شرکت بیمه خاورمیانه مجاز است در هر زمان که لازم بداند به پزشک یا پزشکان معالج اینجانب برای کسب اطلاعات مورد نظر رجوع نموده و هر گونه تحقیق را در مورد سوابق پزشکی اینجانب به عمل آورد. در ضمن اینجانب (بیمه شده) متعهد می گردم که همکاری لازم را با شرکت در جهت انجام معاینات و آزمایشات لازم، به عمل آورم.

اینجانب کارگزار/ نماینده شخصاً بیمه گذار و بیمه شده بیمه نامه را ملاقات نموده ضمن احراز هویت و ارائه اطلاعات کامل و دقیق درخصوص شرایط بیمه نامه و میزان تعهدات و ارزش بازخرید آن، صحت امضای ایشان را تایید می نمایم.

نام و امضاء بیمه گذار:	نام و امضاء بیمه شده:	نام، کد و امضاء نماینده / کارگزار:	نام و امضاء مدیرارشد / مدیر فروش:
تاریخ:	تاریخ:	تاریخ:	تاریخ:

"در صورتیکه در هر زمان و به هر صورت عدم انتساب امضاهای فوق به بیمه شده و یا بیمه گذار اثبات گردد، بیمه نامه فاقد اعتبار بوده و شرکت تعهدی نسبت به پرداخت خسارت نخواهد داشت."

"کادر ذیل توسط کارشناسان بیمه تکمیل می گردد"

ارزیابی پزشکی	نظر پزشک معتمد
*با توجه به سن و سرمایه درخواستی و بررسی فرم پیشنهاد، فرد نیاز به انجام چکاپ: <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد	نظر نهایی پزشک معتمد: <input type="checkbox"/> رد پیشنهاد <input type="checkbox"/> قبول پیشنهاد
*با توجه به بررسی فرم پیشنهاد فوق، فرد نیاز به انجام چکاپ تکمیلی: <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد	قابل قبول با اعمال اضافه نرخ <input type="checkbox"/> علت رد پیشنهاد یا اضافه نرخ اعمالی:
امضاء ارزیاب ریسک:	امضاء پزشک معتمد: