



قد بیمه شده:		وزن بیمه شده:
<b>سوالات عمومی</b>		
۱	آیا معافیت پزشکی خدمت وظیفه دارید؟ در صورت مثبت بودن پاسخ توضیح دهید.	بیمه شده: بلی <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/>
۲	آیا دچار نقص عضو یا از کار افتادگی می باشید؟ در صورت مثبت بودن پاسخ توضیح دهید.	بیمه شده: بلی <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/>
۳	آیا از موتور سیکلت به طور مداوم استفاده می نمایید؟	بیمه شده: بلی <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/>
۴	آیا دارای سابقه بیماری های قلبی، دستگاه گردش خون (مانند سکنه 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 ابتلاء و شروع بیماری را به همراه نام و میزان داروی مصرفی ذکر فرمایید.	بیمه شده: بلی <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/>
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: بلی <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/>
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: بلی <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/>
۷	آیا تا به حال عمل جراحی انجام داده اید؟ در صورت مثبت بودن پاسخ توضیح دهید.	بیمه شده: بلی <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/>

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 اظهار نظر 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 در خصوص شرایط بیمه نامه و میزان تعهدات و ارزش بازخرد آن، صحت امضای ایشان را تایید می نمایم.

**\*\* واریز پیش قسط از سوی بیمه گذار هیچ گونه تعهدی برای بیمه گر ایجاد نمی نماید و شروع تعهد بیمه گر منوط به صدور بیمه نامه و وصول کامل قسط اول حق بیمه می باشد. \*\***

نام و امضاء بیمه گذار: نام و امضاء بیمه شده: نام، کد و امضاء نماینده / کارگزار: نام و امضاء مدیر ارشد / 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
<p>**با توجه به سن و سرمایه درخواستی و بررسی فرم پیشنهاد، فرد نیاز به انجام چکاپ: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/></p> <p>**با توجه به بررسی فرم پیشنهاد فوق، فرد نیاز به انجام چکاپ تکمیلی: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/></p> <p>امضاء ارزیاب ریسک:</p>	<p>نظر نهایی پزشک معتمد: رد پیشنهاد <input type="checkbox"/> قبول پیشنهاد <input type="checkbox"/></p> <p>قابل قبول با اعمال اضافه نرخ <input type="checkbox"/></p> <p>علت رد پیشنهاد یا اضافه نرخ اعمالی:</p> <p>امضاء پزشک معتمد:</p>