



مشخصات بیمه گذار	نام و نام خانوادگی / نام شرکت: <input type="text"/> کد اقتصادی (اشخاص حقوقی): <input type="text"/> شغل (با شرح): <input type="text"/> جنسیت: مرد <input type="radio"/> زن <input type="radio"/> تلفن ثابت: <input type="text"/> آدرس محل سکونت: <input type="text"/> کد پستی: <input type="text"/> آدرس محل کار: <input type="text"/> کد و نام نماینده / کارگزار: <input type="text"/>																																																
مشخصات بیمه شده	نام پدر: <input type="text"/> محل تولد: <input type="text"/> نام پسر: <input type="text"/> محل تولد: <input type="text"/> شماره ملی: <input type="text"/> نسبت با بیمه گذار: <input type="text"/> ملیت: <input type="text"/> وضعیت تاهل: مجرد <input type="radio"/> متاهل <input type="radio"/> وضعیت نظام وظیفه: <input type="text"/> آخرین مدرک تحصیلی: <input type="text"/> تلفن همراه: <input type="text"/>																																																
مشخصات بیمه	سیزده اولیه: ریال نحوه پرداخت حق بیمه: ماهانه <input type="checkbox"/> سه ماهه <input type="checkbox"/> شش ماهه <input type="checkbox"/> سالانه <input type="checkbox"/> مدت بیمه نامه: (از ۵ تا ۳۰ سال مشروط به آن که سن بیمه شده به اضافه مدت بیمه نامه از ۹۰ سال تجاوز ننماید) مبلغ حق بیمه در شروع قرارداد (به عدد): ریال به حروف: ریال 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"/> سرمایه درخواست شده در صورت فوت (به عدد): ریال به حروف: ریال (سرمایه فوت از حداقل ۵۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال تا حداکثر ۵,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال است) 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) * به صورت پیش فرض حق بیمه پوشش های تکمیلی و مالیات در داخل حق بیمه اصلی محاسبه می شود در صورت تمایل به انتخاب طرح متفاوت یکی از دو حالت را انتخاب فرمایید: حق بیمه پوشش ها و مالیات خارج از حق بیمه محاسبه شود <input type="checkbox"/> مالیات خارج از حق بیمه محاسبه شود <input type="checkbox"/>																																																
پوشش های تکمیلی	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"/> سرمایه از کار افتادگی و نقص عضو جزئی و کلی ناشی از حادثه (منوط به اخذ پوشش حادثه می باشد): 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"/> (سرمایه بیمه از کار افتادگی و نقص عضو کوچکتر یا مساوی سرمایه فوت بر اثر حادثه می باشد) سرمایه هزینه پزشکی ناشی از حادثه (منوط به اخذ پوشش حادثه می باشد): بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بیمه گذار و بیمه شده یکسان: پوشش معافیت از پرداخت حق بیمه به علت از کار افتادگی کلی: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بیمه گذار و بیمه شده متفاوت: } پوشش معافیت بیمه گذار از پرداخت حق بیمه در صورت فوت: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> } پوشش معافیت بیمه گذار از پرداخت حق بیمه در صورت از کار افتادگی: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> سرمایه بیماری های خاص (سکته قلبی، سکته مغزی، جراحی قلب باز، پیوند اعضای اصلی بدن): بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> سرمایه سرطان: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>																																																
ذینفعان مالی	ذینفع در صورت حیات: بیمه گذار: <input type="checkbox"/> یا بیمه شده: <input type="checkbox"/> (در صورت تمایل به تعیین ذینفع حیات به غیر از بیمه گذار و بیمه شده کادر زیر تکمیل گردد). <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <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 بیمه شده</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> <tr> <td>۵</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 بیمه شده	درصد سهم	اولویت	۱	۲	۳	۴	۵
ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره ملی	تاریخ تولد	نام پدر	نسبت با بیمه شده	درصد سهم	اولویت																																										
۱																																										
۲																																										
۳																																										
۴																																										
۵																																										

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



ارزیابی سلامت بیمه شده و بیمه گذار

قد بیمه شده:	وزن بیمه شده:	قد بیمه گذار:	وزن بیمه گذار:
۱	آیا معافیت پزشکی خدمت وظیفه دارید؟ در صورت مثبت بودن پاسخ توضیح دهید.	بیمه شده: بلی <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/>	بیمه گذار: 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"/>	بیمه گذار: 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"/>	بیمه گذار: بلی <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/>
۴	آیا دارای سابقه بیماری های قلبی، دستگاه گردش خون (مانند سکتة قلبی یا مغزی)، اعصاب و روان (مانند سرع 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 نام بیماری و تاریخ ابتلاء و شروع آن را به همراه نام و میزان داروی مصرفی ذکر فرمایید. *ارائه پوشش بیمه ای برای بانوان باردار، از یکماه پس از زایمان امکان پذیر می باشد.*	بیمه شده: بلی <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/>	بیمه گذار: 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"/>	بیمه گذار: 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"/>	بیمه گذار: 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"/>	بیمه گذار: بلی <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/>

اینجانبان (بیمه گذار و بیمه شده) با آگاهی کامل و پذیرش شرایط و مقررات حاکم بر بیمه نامه های بیمه زندگی خاورمیانه نسبت به تکمیل پرسش های فوق اقدام نموده ایم و با امضا ذیل این برگ اعلام می نمایم که کلیه پاسخ های ارائه شده در این فرم کاملاً صحیح و مطابق واقع است و مطلعیم که بر اساس ماده ۱۲ قانون بیمه، هرگونه اظهار خلاف واقع یا کتمان واقعیت درباره وضع سلامت بیمه شده سبب ابطال قرارداد و سلب مزایای بیمه نامه خواهد شد. ضمناً شرکت بیمه خاورمیانه مجاز است در هر زمان که لازم بداند جهت کسب اطلاعات مورد نیاز به پزشک یا پزشکان معالج مان مراجعه نماید و هرگونه تحقیق را در خصوص سوابق پزشکی مان به عمل آورد و اینجانبان متعهد می گردیم جهت انجام معاینات و آزمایشات پزشکی همکاری لازم را به عمل آوریم.

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