



مشخصات بیمه گذار	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: شماره ملی: تابعیت / وضعیت اقامت: آخرین مدرک تحصیلی:	محل صدور: شماره ملی: تابعیت / وضعیت اقامت: آخرین مدرک تحصیلی:	تاریخ تولد: شماره شناسنامه:
	کد و نام نماینده / کارگزار:				

مشخصات بیمه شده	نام و نام خانوادگی: شماره ملی: تابعیت / وضعیت اقامت: جنسیت: مرد <input type="radio"/> زن <input type="radio"/> آدرس محل سکونت: کد پستی: آدرس محل کار:	نام پدر: نسبت با بیمه گذار: ملیت: وضعیت تاهل: مجرد <input type="radio"/> متاهل <input type="radio"/>	محل تولد: شغل (با شرح): آخرین مدرک تحصیلی: تلفن ثابت:	محل صدور: شغل (با شرح): آخرین مدرک تحصیلی: تلفن همراه:	تاریخ تولد: وضعیت نظام وظیفه: آخرین مدرک تحصیلی: تلفن همراه:	شماره شناسنامه:
-----------------	---	---	--	---	---	-----------------

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).

نحوه پرداخت حق بیمه: یکجا ماهانه سه ماهه شش ماهه سالانه

مبلغ حق بیمه در شروع قرارداد (به عدد): ریال به حروف: ریال

افزایش سالانه حق بیمه: عدم افزایش ۵ درصد ۱۰ درصد ۱۵ درصد ۲۰ درصد

سرمایه درخواست شده در صورت فوت (به عدد): ریال به حروف: ریال

(سرمایه فوت از ۵۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال تا ۵,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال است.)

افزایش سالانه سرمایه بیمه عمر: عدم افزایش ۵ درصد ۱۰ درصد ۱۵ درصد ۲۰ درصد

(درصد افزایش سرمایه باید کوچکتر یا مساوی درصد افزایش حق بیمه در سال باشد.)

سرمایه درخواست شده در صورت حیات (به عدد): ریال به حروف: ریال

(سرمایه حیات از ۵۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال تا ۵,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال است.)

سرمایه فوت بر اثر حادثه: عدم درخواست یک برابر سرمایه فوت دو برابر سرمایه فوت سه برابر سرمایه فوت

سرمایه از کارافتادگی و نقص عضو جزئی و کلی ناشی از حادثه (منوط به اخذ پوشش حادثه می باشد):

عدم درخواست ۵۰ درصد سرمایه فوت ۱۰۰ درصد سرمایه فوت ۱۵۰ درصد سرمایه فوت ۲۰۰ درصد سرمایه فوت

(سرمایه بیمه از کارافتادگی 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 خیر

پوشش معافیت از پرداخت حق بیمه به علت از کارافتادگی کلی: بلی خیر

سرمایه امراض خاص (سکته قلبی، سکته مغزی، جراحی قلب باز، پیوند اعضای اصلی بدن): بلی خیر

سرمایه سرطان: بلی خیر

ردیف	نام و نام خانوادگی		شماره ملی	تاریخ تولد	نام پدر	نسبت با بیمه شده	درصد سهم	اولویت
	نام	نام خانوادگی						
۱								
۱								
۲								
۳								

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.



قد بیمه شده:		وزن 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 می‌باشید؟ 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 می‌نمایید؟	بیمه شده: <input type="radio"/> بلی <input type="radio"/> خیر
۴	آیا دارای سابقه بیماری‌های قلبی، دستگاه گردش خون (مانند سکتة 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 بیماری‌های خود ایمنی و یا هر نوع بیماری مزمن دیگر می‌باشید؟ در صورت مثبت بودن پاسخ لطفاً تاریخ ابتلاء 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 می‌باشید؟ 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 داده‌اید؟ در صورت مثبت بودن پاسخ توضیح دهید.	بیمه شده: <input type="radio"/> بلی <input type="radio"/> خیر

اینجانبان (بیمه‌گذار و بیمه شده) با اطلاع کامل از شرایط و مقررات بیمه زندگی خاورمیانه، این فرم را به صورت دقیق مطالعه نموده و اعلام می‌نمایم، کلیه پاسخ‌های داده شده کاملاً صحیح می‌باشد و از هرگونه اظهارنظر خلاف واقع خودداری نموده‌ام و اطلاع دارم که در صورت اظهارات خلاف واقع درباره وضع سلامتی خود، به موجب ماده ۱۲ قانون بیمه باعث ابطال و سلب مزایای بیمه‌نامه 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 هرگونه تحقیق را در مورد سوابق پزشکی اینجانب به عمل آورد. در ضمن اینجانب (بیمه‌شده) متعهد می‌گردم که همکاری لازم را با شرکت در جهت انجام معاینات و آزمایشات لازم، به عمل آورم.

اینجانب کارگزار/ نماینده شخصاً بیمه‌گذار و بیمه‌شده بیمه‌نامه را ملاقات نموده ضمن احراز هویت و ارائه اطلاعات کامل و دقیق در خصوص شرایط بیمه‌نامه و میزان تعهدات و ارزش بازخرید آن، صحت امضای ایشان را تایید می‌نمایم.

نام و امضاء بیمه‌گذار: نام و امضاء بیمه‌شده: 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 بیمه‌شده و یا بیمه‌گذار اثبات گردد، بیمه‌نامه فاقد اعتبار بوده و شرکت تعهدی نسبت به پرداخت خسارت نخواهد داشت."

"کادر ذیل توسط کارشناسان بیمه تکمیل می‌گردد"

نظر پزشک معتمد	ارزیابی پزشکی
نظر نهایی پزشک معتمد: <input type="checkbox"/> رد پیشنهاد <input type="checkbox"/> قبول پیشنهاد قابل قبول با اعمال اضافه نرخ <input type="checkbox"/> علت رد پیشنهاد یا اضافه نرخ اعمالی: امضاء 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"/> امضاء ارزیاب ریسک: