

شماره بیمه نامه: ----- کد رایانه بیمه نامه: ----- تاریخ صدور بیمه نامه: -----  
نام و نام خانوادگی بیمه گذار: ----- نام و نام خانوادگی بیمه شده: -----  
شغل بیمه گذار: ----- شغل بیمه شده: ----- شماره همراه بیمه گذار: -----

بیمه گذار (در صورت یکسان نبودن بیمه گذار و بیمه شده و اخذ پوشش معافیت جدول ذیل تکمیل گردد)			بیمه شده		
قد بیمه گذار----- سانتی متر وزن بیمه گذار -----کیلوگرم			قد بیمه شده----- سانتی متر وزن بیمه شده ----- کیلوگرم		
آیا ورزش حرفه ای، مسافرت های مستمر و یا فعالیت های جنبی دیگر انجام می دهید؟			آیا ورزش حرفه ای، مسافرت های مستمر و یا فعالیت های جنبی دیگر انجام می دهید؟		
وضعیت سلامت		پدر:سن ----- نوع بیماری----- علت فوت-----	وضعیت سلامت		پدر:سن ----- نوع بیماری----- علت فوت-----
افراد خانواده		مادر:سن ----- نوع بیماری----- علت فوت-----	افراد خانواده		مادر:سن ----- نوع بیماری----- علت فوت-----
خیر	بلی	سابقه ابتلا یا داشتن بیماری در بیمه گذار	خیر	بلی	سابقه ابتلا یا داشتن بیماری در بیمه شده
		بیماری های قلب و عروق شامل درد قفسه سینه و فشار خون یا سکت			بیماری های قلب و عروق شامل درد قفسه سینه و فشار خون یا سکت
		بیماری های دستگاه تنفسی (سرفه مزمن، آسم)			بیماری های دستگاه تنفسی (سرفه مزمن، آسم)
		بیماری های غدد داخلی نظیر تیروئید، قند (دیابت)			بیماری های غدد داخلی نظیر تیروئید، قند (دیابت)
		بیماری های خونی شامل سابقه تزریق خون، کم خونی و تالاسمی			بیماری های خونی شامل سابقه تزریق خون، کم خونی و تالاسمی
		بیماری های افسردگی، تشنج و سکت مغزی و ام اس			بیماری های افسردگی، تشنج و سکت مغزی و ام اس
		سرطان ها (پوست، معده، مغز و غیره)			سرطان ها (پوست، معده، مغز و غیره)
		بیماری های استخوانی، عضلات، مفاصل و مشکلات حرکتی			بیماری های استخوانی، عضلات، مفاصل و مشکلات حرکتی
		بیماری های عفونی، مانند سل، هپاتیت، ایدز			بیماری های عفونی، مانند سل، هپاتیت، ایدز
		بیماری های کلیه و مجاری ادراری و پروستات، سنگ کلیه			بیماری های کلیه و مجاری ادراری و پروستات، سنگ کلیه
		مشکل بینایی یا شنوایی (کم بینایی، نابینایی، کم شنوایی، ناشنوایی)			مشکل بینایی یا شنوایی (کم بینایی، نابینایی، کم شنوایی، ناشنوایی)
		استفاده از دارو به طور منظم و بیش از ۶ ماه			استفاده از دارو به طور منظم و بیش از ۶ ماه
		آیا از سیگار (قلیان) استفاده می نمایید؟----- نخ -----باردر روز			آیا از سیگار (قلیان) استفاده می نمایید؟----- نخ -----باردر روز
		آیا از مواد مخدر یا مشروبات الکلی استفاده می نمایید؟			آیا از مواد مخدر یا مشروبات الکلی استفاده می نمایید؟
		آیا در شش ماه گذشته کاهش یا افزایش وزن داشته اید؟			آیا در شش ماه گذشته کاهش یا افزایش وزن داشته اید؟
		آیا تاکنون بستری یا عمل جراحی در بیمارستان داشته اید؟			آیا تاکنون بستری یا عمل جراحی در بیمارستان داشته اید؟
		آیا به بیماری دیگری مبتلا بوده اید که ذکر نشده باشد؟			آیا به بیماری دیگری مبتلا بوده اید که ذکر نشده باشد؟
		آیا دچار نقص عضو شده اید؟کدام ناحیه----- چند درصد-----			آیا دچار نقص عضو شده اید؟کدام ناحیه----- چند درصد-----
		مخصوص آقایان   آیا به علت پزشکی از خدمت نظام وظیفه معاف شده اید؟			مخصوص آقایان   آیا به علت پزشکی از خدمت نظام وظیفه معاف شده اید؟
		مخصوص بانوان   آیا بیماریهای زنانه دارید؟			مخصوص بانوان   آیا بیماریهای زنانه دارید؟
		آیا در حال حاضر باردار هستید؟			آیا در حال حاضر باردار هستید؟
در صورت مثبت بودن هر یک از سوالات فوق به صورت مشروح توضیح فرمایید.-----			در صورت مثبت بودن هر یک از سوالات فوق به صورت مشروح توضیح فرمایید.-----		

اینجانبان (بیمه گذار و بیمه شده) امضا کنندگان این درخواست اعلام می داریم که به تمامی سوالات مشروحه در این فرم با صداقت و به صورت کامل پاسخ داده و موافقت می نمایم از تاریخ تایید این فرم در صورت عدم پرداخت حق بیمه در مهلت مقرر حق بیمه خطر فوت، پوشش های اضافی و سایر هزینه های بیمه نامه از اندوخته بیمه نامه کسر گردد. ضمناً آگاهیم که ایفای تعهدات بیمه گر در پرداخت خسارت منوط به تسویه کامل اقساط معوق خواهد بود.	تایید بیمه گذار
نام و نام خانوادگی بیمه گذار / تاریخ / امضا	
اینجانب / اینجانبان شخصاً بیمه گذار و بیمه شده بیمه نامه را ملاقات نموده و ضمن احراز هویت و ارائه اطلاعات کافی و دقیق درباره شرایط ادامه بیمه نامه، صحت امضا بیمه گذار و بیمه شده را تایید می نمایم.	کارشناسی
نام و نام خانوادگی نماینده / کارشناس شعبه / تاریخ / امضا	
مهر / امضا پزشک و معتمد / تاریخ	اطهار نظر پزشک