

قد بیمه شده	سانتی متر	وزن بیمه شده	کیلوگرم
سئوالات عمومی			
اگر فعالیتهای جنبی اعم از ورزش حرفهای، مسافرت مستمر و ... انجام میدهید بیان بفرمائید:			

در صورتیکه بستگان درجه یک (شما، پدر، مادر، خواهر و برادر) از زمان شروع قرار داد فوت کرده یا دچار بیماری شده اند حتما ذکر بفرمایید.

وضعیت سلامتی خانواده بیمه شده	افراد خانواده	سن	وضعیت سلامت در صورت حیات	علت فوت
	پدر			
	مادر			
	خواهر			
	برادر			

سوابق بیمه ای	آیا تا به حال درخواست بیمه عمری داشته اید که یک شرکت بیمه صدور آن را نپذیرفته باشد؟				بلی	خیر	شرح (در صورت عدم صدور بیمه نامه، علت آن را شرح دهید)
	آیا در حال حاضر پیشنهاد بیمه عمر یا حادثه در جریان صدور یا صادر شده دارید؟				بلی	خیر	
	نام شرکت بیمه ای	نوع بیمه نامه	درجریان صدور / عدم صدور	تاریخ صدور / عدم صدور	سرمایه فوت		
			<input type="checkbox"/> درجریان صدور <input type="checkbox"/> عدم صدور				
توضیحات بیمه شده							

گواهی بیمه شده	بدینوسیله تعهد مینمایم که کلیه سئوالات مشروحه در این فرم را با صداقت و به نحو کامل جواب داده و از مقررات و شرایط عمومی بیمه نامه که جزء لاینفک این قرار داد میباشد، اطلاع کامل حاصل نموده و اعلام مینمایم که جوابهای داده شده کاملا درست و عین واقعیت بوده و مطلع هستم که هر گونه اظهار خلاف واقع و خودداری از واقعگویی به موجب قانون بیمه باعث باطل شدن قرار داد بیمه عمر و از دست دادن مزایای آن خواهد شد. ضمنا بیمه گر یا پزشکان معتمد اجازه دارند هرگونه اطلاعاتی را که راجع به وضع مزاجی و سلامت نیاز باشد، کسب نمایند.	
محل امضاء	مهر و امضاء نمایندگی / شعبه / مجتمع بیمه ای	نام بیمه شده: امضاء بیمه شده: تاریخ:
(تکمیل فرم بصورت کامل الزامی است)		

نظر پزشک معتمد	تاریخ: / / ۱۳	نام، امضاء و مهر پزشک معتمد:
----------------	---------------	------------------------------

نظر اداره پس صدور	<input type="checkbox"/> موافقت با تداوم پوشش بیمه ای <input type="checkbox"/> نیازمند انجام آزمایش مطابق بخشنامه ها <input type="checkbox"/> عدم موافقت با تداوم پوشش بیمه ای	تاریخ: / / ۱۳	نام و امضاء کارشناس اداره خدمات پس از صدور بیمه های عمر انفرادی
-------------------	--	---------------	---