

نام:	نام خاتوادگی: نام پدر: شماره شناسنامه: محل تولد: جنسیت: زن <input type="checkbox"/> مرد <input checked="" type="checkbox"/> وزن: کیلوگرم
شغل اصلی: مهارت شغل اصلی: تولیدی <input type="checkbox"/> خدماتی <input type="checkbox"/> بازرگانی <input type="checkbox"/> ساختمانی <input type="checkbox"/> شغل فرعی: متوسط درآمد ماهانه: ریال	قد: ساقی مترا: تلفن ثابت: تلفن همراه (ضروری): نشانی محل کار: نام شهر: ، نشانی محل زندگی: نام شهر: ،

مشخصات	ذینفع	مدت بیمه نامه: ۳۰ سال ضریب رشد سالیانه حق بیمه: ۱٪ سرمایه فوت به هر علت = ۴۵,۰۰۰,۰۰۰ ریال غرامت نقص عضو واژکارافتادگی دائم کلی یا جزئی ناشی از حادث = ۲۵,۰۰۰,۰۰۰ ریال
بیمه شده	در صورت حیات	دوره پرداخت حق بیمه: سالانه سرمایه تكمیلی فوت حادث = ۴۵,۰۰۰,۰۰۰ ریال
وراث قانونی	در صورت فوت	

آیا از بستگان نسبی شما (صرف پدر، مادر، برادر، خواهر) دچار بیماری هستند؟ در صورت مثبت بودن پاسخ، لطفاً نام بیماری و نسبت را بیان فرماید:
اگر بستگان نسبی شما (صرف پدر، مادر، برادر، خواهر) کسی فوت کرده است، لطفاً سن فوت، علت فوت، و نسبت را بیان فرمائید:

آیا در حال حاضر کاملاً سالم می باشد؟ بلی خیر اگر پاسخ منفی است توضیح دهید
آیا تا به حال عمل جراحی انجام داده اید؟ بلی خیر اگر پاسخ مثبت است توضیح دهید
آیا دچار نقص عضو یا از کارافتادگی شده اید؟ بلی خیر از چه ناحیه و به چه میزان:
آیا تاکنون سابقه بستری در بیمارستان یا آسایشگاه را داشته اید؟ بلی خیر اگر پاسخ مثبت است به چه علت؟ چه مدت؟ با ذکر تاریخ بستری
آیا از دارو برای درمان بیماری در طولانی مدت استفاده کرده یا می کنید؟ بلی خیر نوع دارو: میزان و مدت مصرف:
آیا از سیگار، مشروبات الکلی، مواد مخدوش، روانگردان یا مشابه آن استفاده کرده یا می کنید؟ بلی خیر میزان مصرف و مدت آن: در صورت ترک مدت زمان آن به ماه:
آیا تا به حال سابقه ابتلا به بیماری های قلب و عروق، بیماری های اعفونی، هورمونی، ریوی، سرگیجه، استخوان، گردش خون، برقان، بیماری های مقاربی، دستگاه تناسلی و یا هر نوع بیماری داخلی و غ Fon:
در صورت مثبت بودن هر یک از موارد بالا، لطفاً نام بیماری، تاریخ و در صورت امکان نام پزشک معالج را مرقوم فرماید:

آیا در حال حاضر باردار می باشد؟ بلی خیر اگر پاسخ مثبت است، ماه چندم بارداری:
آیا سابقه بیماری زنانه داشته اید؟ بلی خیر اگر پاسخ مثبت است، نام بیماری، تاریخ و در صورت امکان نام پزشک معالج را مرقوم فرماید:

اینچنانی بیمه شده اعلام می نمایم که تمام پاسخهایی که در این پرسشنامه داده ام کاملاً درست بوده و هرگونه خلاف واقع و خودداری از آنچه درباره وضع سلامتی خود می دانم به موجب ماده ۱۲ قانون بیمه باعث ابطال و سلب مزایای بیمه نامه خواهد شد. ضمناً شرکت بیمه تعاوون مجاز است در هو زمان که لازم بداند به پزشکان یا پزشکان معالج اینجانب یا در هو مرجع دیگری برای کسب اطلاعات مورد نظر مراجعه نموده و هر گونه تحقیقی را در مورد سوابق پزشکی اینجانب بعمل آورند.

تاریخ، نام و امضاء بیمه شده یا ولی قانونی

توسط فروشنده بیمه تکمیل گردد	آیا مقاضی را شخصاً می شناسید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> آیا بیمه شده را شخصاً رویت کرده اید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	آیا کلیه اطلاعات مورد نیاز بیمه گذار به وی داده شده است؟ آیا صحت امضاء بیمه شده و بیمه گذار مورد تایید شما می باشد؟	تاریخ، مهر و امضاء نماینده/کارگزار
اعلام نظر کارشن امن صدور	نیاز به انجام آزمایشات پزشکی ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> صدور با اضافه نرخ درصد امکان پذیر نمی باشد <input type="checkbox"/> توضیحات:	علت درخواست آزمایشات پزشکی (سرمایه فوت بالا) مسائل پزشکی <input type="checkbox"/> سایر:	تاریخ، مهر و امضا کارشناس صدور کد پرسنلی:
اظهار نظر پزشک معتمد	با توجه به وضعیت پزشکی بیمه شده، صدور بیمه نامه بدون اضافه نرخ یا با اضافه نرخ درصد تایید می گردد. نظر نهایی پزشک در مورد علت اضافه نرخ و یا سایر مسائل پزشکی بیمه شده:	تاریخ، نام، امضاء مهر پزشک معتمد