

نام و نام خانوادگی/ نام شرکت حقوقی:		کد ملی/ شناسه ملی: _____
نام پدر/ شماره ثبت:	تاریخ تولد/ تاریخ ثبت: ---/---/---	شماره شناسنامه/ کد اقتصادی: _____
وضعیت تأهل: ☐ متاهل ☐ مجرد	نام بانک عامل:	شماره شب: IR _____
جنسیت: ☐ زن ☐ مرد	درآمد ماهانه: ---,---,--- ریال	نسبت با بیمه شده:
شغل اول/ نوع فعالیت شرکت:	تلفن همراه: ۰۹ _____	تلفن ثابت (به همراه پیش شماره استان): _____
شغل دوم:	از عناوین شغلی مانند آزاد، کارگر، کارمند و عنوان رشته تحصیلی استفاده نگردد.	
نشانی:		
کد پستی: ---/---/---		

مشخصات بیمه گزار

چنانچه بیمه شده و بیمه گزار شخص واحد باشد نیاز به تکمیل مشخصات بیمه شده اصلی نمی باشد.

نام و نام خانوادگی:		کد ملی: _____
نام پدر:	تاریخ تولد: ---/---/---	شماره شناسنامه: _____ (در صورتی که با کد ملی یکسان نباشد)
وضعیت تأهل: ☐ متاهل ☐ مجرد	نام بانک عامل:	شماره شب: IR _____
جنسیت: ☐ زن ☐ مرد	تلفن همراه: ۰۹ _____	تلفن ثابت (به همراه پیش شماره استان): _____
شغل اول:	شغل دوم:	
از عناوین شغلی مانند آزاد، کارگر، کارمند و عنوان رشته تحصیلی استفاده نگردد.		
نشانی:		
کد پستی: ---/---/---		

مشخصات بیمه شده اصلی

مبلغ حق بیمه سالانه (سال اول بیمه نامه): ---,---,--- ریال	به حروف:
مبلغ سپرده اولیه: ---,---,--- ریال	به حروف:
روش پرداخت حق بیمه: ☐ یکجا ☐ سالانه ☐ شش ماهه ☐ چهار ماهه ☐ سه ماهه ☐ دو ماهه ☐ ماهانه	
مدت بیمه نامه: ۵ سال	
ضریب افزایش سالانه حق بیمه: ----- درصد (از صفر تا ۵۰٪ و مضربی از ۵)	
سرمایه فوت به هر علت: ---,---,--- ریال (از ۱ تا ۲۵ برابر حق بیمه سالانه)	به حروف:
ضریب افزایش سالانه سرمایه فوت: ----- درصد (از صفر تا ۳۰٪ و مضربی از ۵ و کمتر یا مساوی ضریب افزایش سالانه حق بیمه)	

مشخصات بیمه نامه

شرح پوشش های بیمه شده اصلی	درخواست پوشش	مبلغ و شرایط پوشش های بیمه شده اصلی
فوت ناشی از حادثه	☐ بله ☐ خیر	(درصدی از سرمایه فوت به هر علت - افراد زیر ۱۵ سال حداکثر ۱۰۰ درصد)
نقص عضو یا ازکارافتادگی کامل و دائم (کلی و جزئی) ناشی از حادثه	☐ بله ☐ خیر	(درصدی از سرمایه فوت ناشی از حادثه)
هزینه های پزشکی ناشی از حادثه	☐ بله ☐ خیر	(درصدی از سرمایه فوت ناشی از حادثه)
بیماری های خاص	☐ بله ☐ خیر	----- درصد سرمایه فوت به هر علت (از صفر تا ۵۰٪ و مضربی از ۵)
آخرین سال حیات	☐ بله ☐ خیر	۳۰ درصد سرمایه فوت تا سقف ارزش بازخریدی بیمه نامه
شرح پوشش های بیمه گزار	درخواست پوشش	مبلغ و شرایط پوشش های بیمه گزار
معافیت از پرداخت حق بیمه ناشی از ازکارافتادگی دائم و کامل بیمه گزار	☐ بله ☐ خیر	☐ به علت حادثه ☐ به علت بیماری ☐ به هر علت (عدم اعمال ضریب افزایش حق بیمه سالانه در صورت تحقق ازکارافتادگی دائم)
معافیت از پرداخت حق بیمه ناشی از فوت بیمه گزار	☐ بله ☐ خیر	☐ به علت حادثه ☐ به علت بیماری ☐ به هر علت (عدم اعمال ضریب افزایش حق بیمه سالانه در صورت تحقق فوت)

مشخصات پوشش های تکمیلی

شرح پوشش‌های بیمه‌گذار				درخواست پوشش		مبلغ و شرایط پوشش‌های بیمه‌گذار			
مستمری ناشی از کارافتادگی بیمه‌گذار	☐ بله	☐ خیر	☐ به علت حادثه	☐ به علت بیماری	☐ به هر علت	☐ ۱ برابر	☐ ۲ برابر	☐ ۳ برابر	☐ ۴ برابر (حق بیمه سالانه)
مستمری ناشی از فوت بیمه‌گذار	☐ بله	☐ خیر	☐ به علت حادثه	☐ به علت بیماری	☐ به هر علت	☐ ۱ برابر	☐ ۲ برابر	☐ ۳ برابر	☐ ۴ برابر (حق بیمه سالانه)
* تنها در صورتی که بیمه‌گذار و بیمه‌شده شخص واحدی نباشد، امکان اخذ پوشش معافیت و مستمری در صورت فوت بیمه‌گذار وجود دارد. * اخذ پوشش مستمری مستلزم اخذ پوشش معافیت می‌باشد. * در صورتی که بیمه‌شده با بیمه‌گذار یکسان نباشد تکمیل فرم بیمه‌گذار ضروری است. * چنانچه بیمه‌گذار قصد انتخاب پوشش معافیت و مستمری "به علت حادثه" و "به علت بیماری" را داشته باشد، می‌بایست گزینه "به هر علت" انتخاب شود.									
* در صورت عدم انتخاب ذی‌نفع فوت، وراث قانونی بیمه‌شده به عنوان ذی‌نفعان فوت بیمه‌نامه انتخاب می‌گردند. * در صورت فوت تمامی ذی‌نفعان مندرج در فرم، وراث قانونی بیمه‌شده به عنوان ذی‌نفعان فوت بیمه‌نامه انتخاب می‌گردند. * در صورت فوت ذی‌نفعان در هر اولویت، ذی‌نفعان انتخاب‌شده در اولویت بعدی به عنوان ذی‌نفعان فوت بیمه‌نامه انتخاب می‌گردند. * ترکیب درصد سهم در هر اولویت بین وراث قانونی و شخص حقیقی/حقوقی برای استفاده کنندگان فوت امکان پذیر می‌باشد. * مجموع سهم ذی‌نفعان در هر اولویت برابر با ۱۰۰٪ باشد.									
ذی‌نفعان	نام و نام‌خانوادگی	کد ملی / شناسه ملی	تاریخ تولد	نسبت با بیمه‌شده	شماره شب	سهم	اولویت		
	نام شرکت حقوقی	شماره همراه	تاریخ ثبت	بیمه‌شده	بانک عامل				
در صورت فوت بیمه‌شده اصلی									
									
									
									
									
									
در صورت حیات بیمه‌شده اصلی									
									
									
									
									
									

* در صورت وجود بیمه زندگی دیگری (اعم از اندوخته‌دار و غیراندوخته‌دار) که صادر، در جریان صدور، رد یا باطل شده است، این قسمت را تکمیل نمایید.

نام شرکت بیمه	نوع بیمه	سرمایه فوت (ریال)	وضعیت بیمه نامه	تاریخ صدور	در صورت رد تقاضا، علت ذکر شود
.....			☐ صادرشده		
			☐ باطل‌شده		
.....			☐ صادرشده		
			☐ باطل‌شده		
آیا دارای بیمه‌گر پایه (تامین اجتماعی، خدمات درمانی و...) هستید؟ ☐ بله ☐ خیر نام بیمه‌گر پایه: شماره بیمه:					

سوابق بیمه‌ای بیمه‌شده اصلی

آیا پدر و مادر شما در قید حیات هستند؟ ☐ بله ☐ خیر (لطفا در صورت منفی بودن پاسخ، علت فوت به صورت دقیق و واضح ذکر شود)

سن فوت پدر: | علت فوت:

سن فوت مادر: | علت فوت:

آیا در بین افراد درجه یک خانواده شما کسی به سل، سرطان، بیماری‌های قلبی، دیابت، بیماری‌های روحی و عصبی، مسری، ارثی و یا سایر بیماری‌ها مبتلا بوده است؟
☐ بله ☐ خیر | در صورت مثبت بودن پاسخ، نوع بیماری، مدت زمان ابتلا به بیماری و نسبت بیمار با بیمه شده را ذکر نمایید.

توضیحات:

قد بیمه شده: --- سانتی متر | وزن بیمه شده: --- کیلوگرم | تغییرات وزن در سه ماهه اخیر: ☐ عدم تغییر ☐ کاهش ☐ افزایش ----- کیلوگرم

آیا سابقه مصرف هر نوع مواد دخانی، روان گردان، مشروبات الکلی، قلیان، سیگار و یا مواد مخدر را دارید یا داشته اید؟ ☐ بله ☐ خیر در صورت مثبت بودن پاسخ:
نوع مواد مصرفی: آخرین تاریخ مصرف: --/--/--- میزان مصرف روزانه: سابقه مصرف: --- سال

آیا خدمت نظام وظیفه انجام داده اید؟ ☐ بله ☐ خیر | در صورت منفی بودن پاسخ، آیا مشمول خدمت هستید؟ ☐ بله ☐ خیر
در صورت معافیت پزشکی علت آن را به صورت دقیق به همراه ماده و بند معافیت بیان نمایید. (ضمیمه نمودن کپی کارت معافیت الزامی است)

ویژه آقایان

توضیحات:

آیا راکب موتور سیکلت هستید؟ ☐ بله ☐ خیر ☐ ترک نشین تعداد روزهای استفاده در هفته: روز

آیا ورزش حرفه‌ای، مسافرت‌های مستمر یا حرفه خاص دیگر انجام می‌دهید؟ ☐ بله ☐ خیر در صورت مثبت بودن پاسخ:
نوع فعالیت: مدت زمان فعالیت در هفته: ساعت نوع وسیله نقلیه (ویژه مسافرت مستمر):

بله	خیر	بله	خیر
		بیماری‌های قلب، عروق، درد قفسه سینه، فشار خون، سکته قلبی، سرگیجه، دیابت، چربی خون یا کلسترول بالا	بیماری‌های قلب، مجاری ادراری و پروستات شامل سنگ کلیه، عفونت ادراری و ...
		بیماری‌های تنفسی (سرفه مزمن، آسم، تنگی نفس به هنگام فعالیت و غیره)	مشکل بینایی و شنوایی (کم بینایی، نابینایی، کم شنوایی، ناشنوایی)
		بیماری‌های سرطان و غدد داخلی نظیر تیروئید	استفاده از دارو به طور منظم و بیش از شش ماه
		بیماری‌های خونی شامل سابقه تزریق خون، کم خونی‌ها و تالاسمی	آیا تا کنون بستری یا عمل جراحی در بیمارستان داشته اید
		بیماری‌های عصبی و شوکی، اختلال دوقطبی، افسردگی، تشنج، سکته مغزی و ام‌اس	آیا به بیماری دیگری مبتلا هستید که ذکر نشده باشد
		بیماری‌های هورمونی، ریوی، پیرقان یا هر بیماری عفونی و داخلی دیگر	آیا در حال حاضر باردار هستید
		بیماری‌های استخوانی، عضلات، مفاصل و مشکلات حرکتی	آیا در یک سال گذشته به هر علتی به پزشک مراجعه نموده اید
		بیماری‌های عفونی مانند سل، هیپاتیت، تب مالت و ایدز	آیا در حال حاضر کاملاً سالم هستید

اطلاعات پزشکی بیمه شده اصلی

در صورت مثبت بودن هر یک از سوالات فوق، ابتلا یا سابقه ابتلا به بیماری دیگری غیر از موارد ذکر شده با دقت و جزئیات مناسب موارد زیر را تکمیل نمایید.

نام بیماری/ عمل جراحی: تاریخ شروع بیماری: --/--/--- نوع داروی مصرفی و میزان مصرف روزانه:

نام پزشک معالج: تاریخ بستری و یا عمل جراحی: --/--/--- علت بستری و عمل جراحی:

وضعیت کنونی بیماری:

.....

.....

آیا دارای نقص عضو و یا از کارافتادگی هستید؟ ☐ بله ☐ خیر در صورت مثبت بودن پاسخ:

عضو آسیب دیده: میزان آسیب: علت نقص عضو:

* در بیمه زندگی و تشکیل سرمایه ریتم آگاه (متصل به شاخص)، برای بخش سرمایه‌گذاری بیمه‌نامه براساس طرح انتخابی شما، سببی به منظور کسب بازدهی مطابق بازدهی طرح انتخابی شما تشکیل می‌شود و تلاش بر کسب بازدهی شاخص تعیین شده و مازاد بر آن است. در صورت کسب بازده مازاد بر شاخص تعیین شده، سود مازاد بر شاخص پس از کسر هزینه‌های سرمایه‌گذاری به ترتیبی که در شرایط عمومی تعیین شده است، محاسبه و به حساب شما منظور خواهد گردید.

شماره	نام صندوق سرمایه‌گذاری
☐ طرح ۱	مبتنی بر بازدهی صندوق سرمایه‌گذاری درآمد ثابت یا قوت آگاه
☐ طرح ۲	مبتنی بر بازدهی صندوق سرمایه‌گذاری پشتوانه طلای زرین آگاه (صندوق مطلق)
☐ طرح ۳	مبتنی بر بازدهی صندوق سرمایه‌گذاری سهامی آگاه (آگاس)
☐ طرح ۴	مبتنی بر بازدهی صندوق املاک و مستغلات آگاه (کلید)
☐ طرح ۵	مبتنی بر بازدهی شاخص کل بورس تهران

- اینجانب به عنوان بیمه‌گذار تأیید می‌نمایم که این فرم پیشنهاد را با اطلاع کامل از شرایط و مقررات و قبول تمامی مفاد مندرج در شرایط عمومی بیمه‌نامه زندگی و تشکیل سرمایه ریتم آگاه (متصل به شاخص) به طور درست و صادقانه تکمیل نموده‌ام و تقاضای صدور بیمه‌نامه را دارم.
- اینجانب به عنوان بیمه‌شده موافقت خود را با صدور بیمه‌نامه بر اساس اطلاعات فوق اعلام می‌نمایم.

نام بیمه‌گذار:	نام بیمه‌گذار:	نام بیمه‌گذار:
تاریخ: ---/---/---	تاریخ: ---/---/---	تاریخ: ---/---/---
امضاء	امضاء	امضاء
نظر کارشناس صدور: ☐ نیازمند معاینات و آزمایشات ☐ صدور بیمه‌نامه با نرخ عادی ☐ غیرقابل صدور ☐ صدور بیمه‌نامه با اضافه نرخ قد و وزن درصد توضیحات:	نظر پزشک معتمد: ☐ صدور بیمه‌نامه با نرخ عادی ☐ غیرقابل صدور ☐ صدور بیمه‌نامه با اضافه نرخ درصد توضیحات:	نظر مدیر فنی: ☐ بدون اضافه نرخ ☐ صدور بیمه‌نامه با اضافه نرخ درصد توضیحات: