

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

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

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 پوشش های بیمه گزار				درخواست پوشش		مبلغ و شرایط پوشش های بیمه گزار			
مستمری ناشی از کارافتادگی بیمه گزار	☐ بله	☐ خیر	☐ به علت حادثه	☐ به علت بیماری	☐ به هر علت				
						☐ ۱ برابر	☐ ۲ برابر	☐ ۳ برابر	
مستمری ناشی از فوت بیمه گزار	☐ بله	☐ خیر	☐ به علت حادثه	☐ به علت بیماری	☐ به هر علت				
						☐ ۱ برابر	☐ ۲ برابر	☐ ۳ برابر	
* تنها در صورتی که بیمه گزار و بیمه شده شخص واحدی نباشد، امکان اخذ پوشش معافیت و مستمری در صورت فوت بیمه گزار وجود دارد. * اخذ پوشش مستمری مستلزم اخذ پوشش معافیت می باشد. * در صورتی که بیمه شده با بیمه گزار یکسان نباشد تکمیل فرم بیمه گزار ضروری است. * چنانچه بیمه گزار قصد انتخاب پوشش معافیت و مستمری "به علت حادثه" و "به علت بیماری" را داشته باشد، می بایست گزینه "به هر علت" انتخاب شود.									
* در صورت عدم انتخاب ذی نفع فوت، وراث قانونی بیمه شده به عنوان ذی نفعان فوت بیمه نامه انتخاب می گردند. * در صورت فوت تمامی ذی نفعان مندرج در فرم، وراث قانونی بیمه شده به عنوان ذی نفعان فوت بیمه نامه انتخاب می گردند. * در صورت فوت ذی نفعان در هر اولویت، ذی نفعان انتخاب شده در اولویت بعدی به عنوان ذی نفعان فوت بیمه نامه انتخاب می گردند. * ترکیب درصد سهم در هر اولویت بین وراث قانونی و شخص حقیقی/حقوقی برای استفاده کنندگان فوت امکان پذیر می باشد. * مجموع سهم ذی نفعان در هر اولویت برابر با ۱۰۰٪ باشد.									
ذی نفعان	نام و نام خانوادگی	کد ملی / شناسه ملی	تاریخ تولد	نسبت با بیمه شده	شماره شب	سهم	اولویت		
	نام شرکت حقوقی	شماره همراه	تاریخ ثبت	بیمه شده	بانک عامل				
در صورت فوت بیمه شده اصلی			---/---/---		IR .....	..... %	.....		
			---/---/---		بانک .....	..... %	.....		
			---/---/---		IR .....	..... %	.....		
			---/---/---		بانک .....	..... %	.....		
			---/---/---		IR .....	..... %	.....		
			---/---/---		بانک .....	..... %	.....		
در صورت حیات بیمه شده اصلی			---/---/---		IR .....	..... %	.....		
			---/---/---		بانک .....	..... %	.....		
			---/---/---		IR .....	..... %	.....		
			---/---/---		بانک .....	..... %	.....		

* در صورت وجود بیمه زندگی دیگری (اعم از اندوخته دار و غیراندوخته دار) 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
.....			☐ صادر شده	---/---/---	.....
			☐ رد شده		
.....			☐ باطل شده	---/---/---	.....
			☐ صادر شده		
.....			☐ باطل شده	---/---/---	.....
			☐ صادر شده		
آیا دارای بیمه گر پایه (تامین اجتماعی، خدمات درمانی و...) هستید؟ ☐ بله ☐ خیر نام بیمه گر پایه: شماره بیمه:					

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 کلیه، 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 (کم‌بینایی، نابینایی، کم‌شنوایی، 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، کم‌خونی‌ها و تالاسمی		آیا تا کنون بستری یا عمل جراحی در بیمارستان داشته‌اید	
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، بزرگان 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 نموده‌اید	
بیماری‌های عفونی مانند سل، هپاتیت، تب مالت و ایدز		آیا در حال حاضر کاملاً سالم هستید	

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 واحد) بخش سرمایه‌گذاری بیمه‌نامه شما در صندوق انتخاب شده توسط شما، سرمایه‌گذاری می‌شود و در زمان خرید بیمه‌نامه، بخش پس‌اندازی بیمه‌نامه تبدیل به تعداد مشخصی واحد از صندوق انتخابی براساس هر واحد از صندوق انتخابی شما بوده و مشمول سود مشارکت در منافع یا مازاد بر بازدهی صندوق نخواهد بود.

شماره	نام صندوق سرمایه‌گذاری
☐ طرح ۱	متصل به صندوق سرمایه‌گذاری درآمد ثابت یا قوت آگاه
☐ طرح ۲	متصل به صندوق سرمایه‌گذاری پشتوانه طلای زرین آگاه (صندوق مثقال)
☐ طرح ۳	متصل به گرم طلای ۲۴ عیار
☐ طرح ۴	متصل به گرم نقره
☐ طرح ۵	متصل به صندوق سرمایه‌گذاری سهامی آگاه (آگاس)
☐ طرح ۶	متصل به صندوق املاک و مستغلات آگاه (کلید)

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