



(سهامی عام)

پیشنهاد بیمه عمر انفرادی

پیشنهاد دهنده گرامی، خواهشمند است به کلیه پرسشهای مندرج در این فرم با صداقت و به صورت کامل و خوانا پاسخ داده و سپس امضاء فرمایید. شرط اصلی اعتبار بیمه نامه در صورت صدور، صحت اطلاعات مندرج در این پیشنهاد و پاسخ های شما بوده و به آن استناد خواهد شد. ضمناً تکمیل این پیشنهاد هیچ تعهدی را برای بیمه گر ایجاد نمی نماید.

شماره شناسایی: PI31F009

شماره بازنگری: 02

نام خانوادگی:	نام:
کد ملی:	شماره شناسنامه:
نام پدر:	محل تولد:
محل صدور:	تاریخ تولد:
جنسیت:	وضعیت تاهل:
زن	مجرد
تحصیلات:	شغل اصلی:
درآمد ماهیانه:	شغل فرعی:
ریال	(لطفاً نوع شغل یا کاری را که به آن اشتغال دارید، به صورت دقیق ذکر نمایید. عناوین شغلی مانند آزاد، کارگر، کارمند، عنوان رشته تحصیلی و... مورد قبول نمی باشد.)
تلفن محل سکونت:	محل سکونت:
(با ذکر کد شهر)	استان
کد پستی محل سکونت:	شهر
نشانی دقیق	تلفن محل کار:
کد پستی محل کار:	استان
نشانی دقیق	شهر
نسبت با بیمه شده:	تلفن محل کار:
خود شخص	(با ذکر کد شهر)
سایر:	

نام خانوادگی:	نام:
کد ملی:	شماره شناسنامه:
نام پدر:	محل تولد:
محل صدور:	تاریخ تولد:
جنسیت:	وضعیت تاهل:
زن	مجرد
تحصیلات:	شغل اصلی:
درآمد ماهیانه:	شغل فرعی:
ریال	(لطفاً نوع شغل یا کاری را که به آن اشتغال دارید، به صورت دقیق ذکر نمایید. عناوین شغلی مانند آزاد، کارگر، کارمند، عنوان رشته تحصیلی و... مورد قبول نمی باشد.)
تلفن محل سکونت:	محل سکونت:
(با ذکر کد شهر)	استان
کد پستی محل سکونت:	شهر
نشانی دقیق	تلفن محل کار:
کد پستی محل کار:	استان
نشانی دقیق	شهر
تلفن همراه:	تلفن محل کار:
	(با ذکر کد شهر)

نوع بیمه نامه	عمر و سرمایه گذاری	عمر ساده زمانی	عمر مانده بدهکار با حق بیمه یکجا
سرمایه فوت	ریال	نرخ افزایش سرمایه فوت	ریال
حق بیمه یکجا	پرداخت حق بیمه یکجا به مبلغ (حروف، عدد):	پرداخت حق بیمه اولیه به مبلغ (حروف، عدد):	ریال
روش و میزان پرداخت حق بیمه	حق بیمه اولیه و حق بیمه منظم	پرداخت حق بیمه منظم:	ریال
مدت بیمه نامه	سال	نرخ افزایش حق بیمه منظم	ریال
در صورت انتخاب بیمه عمر مانده بدهکار، مانده وام دریافتی را نیز اعلام نمایید.	مانده وام دریافتی	مانده وام دریافتی	ریال

پوششهای اضافی	فوت در اثر حادثه با سرمایه:	پوشش امراض خاص	پوشش نقص عضو ناشی از حادثه	پوشش معافیت از پرداخت حق بیمه (بیمه شده شاغل)
---------------	-----------------------------	----------------	----------------------------	---

نام	نام خانوادگی (نام موسسه)	جنسیت	نام پدر	کد ملی (شماره ثبت)	شماره شناسنامه	تاریخ تولد (تاریخ ثبت)			محل تولد (محل ثبت)	نسبت با بیمه شده	درصد سهم	اولویت
						روز	ماه	سال				

- در صورت فوت بیمه شده چنانچه استفاده کننده (گان) از سرمایه فوت تعیین نشده باشد، سرمایه فوت بین وراث قانونی بیمه شده به نسبت سهم الارث تقسیم خواهد شد.
- چنانچه استفاده کنندگان از سرمایه فوت تعیین گردد و میزان سهم آنها مشخص نشده باشد، سرمایه فوت بین استفاده کنندگان به نسبت مساوی تقسیم خواهد شد.

قد بیمه شده	سانتی متر	وزن بیمه شده	کیلوگرم	کد نمایندگی:
وضعیت انجام نظام وظیفه:	انجام خدمت وظیفه عمومی	معاذت پزشکی	معاذت غیر پزشکی	سایر:
در صورت معافیت علت آن را با ذکر ماده و بند مربوطه شرح دهید؟	آیا از موتور سیکلت دنده ای استفاده می نمایید؟	خیر	بلی، به ندرت	بلی، به طور مستمر (موارد استفاده را شرح دهید.)
آیا رشته (های) ورزشی خاصی را انجام می دهید؟	خیر	بلی، تفریحی	بلی، حرفه ای	نام رشته (های) ورزشی:
آیا مسافرت مستمر انجام می دهید؟	خیر	بلی (تعداد مسافرت ماهانه، وسیله نقلیه و مقصد را بیان نمائید.)		
اگر فعالیت های جنبی دیگری انجام می دهید بیان نمائید:				تاریخ:

بیماری	بلی	خیر	بیماری	بلی	خیر
بیماری های دستگاه تنفسی (سرفه مزمن، آسم ...)			بیماری های قلبی، درد قفسه سینه، و تنگی نفس فعالیتی و ...		
بیماری های خونی، سابقه تزریق خون، کم خونی			بیماری های گوارشی، کبد، پانکراس و ...		
بیماری های اعصاب و روان، افسردگی و اضطراب و ...			بیماری های داخلی اعصاب، تشنج، سکنه مغزی		
بیماری های کلیه، مجاری ادرار و ...			بیماری های گوش و حلق و بینی، چشمی و ...		
بیماری های پوستی، خالهای بزرگ			بیماری های استخوانی، عضلات و مفاصل و ...		
بیماری های غدد داخلی نظیر تیروئید و ...			سابقه بیماری های عفونی مانند سل، هپاتیت و ایدز ...		
بیماری فشار خون			بیماری مرض قند (دیابت)		
آیا سابقه سرطان و بد خیمی داشته اید؟			آیا سابقه تومور داشته اید؟		
آیا مورد عمل جراحی قرار گرفته یا بستری شده اید؟			آیا به بیماری یا عارضه دیگری مبتلا شده اید که ذکر نشده باشد؟		
آیا دچار نقص عضو شده اید؟			آیا دچار از کار افتادگی شده اید؟		
آیا در شش ماه گذشته کاهش وزن داشته اید؟			آیا کسی از بستگان درجه اول شما به بیماری سل، تشنج و ... مبتلا شده یا می باشد؟		
آیا از دارو برای بیماری طولانی مدت استفاده می کنید؟			آیا در حال حاضر به لحاظ پزشکی کاملاً سالم هستید؟		
آیا در حال حاضر باردار هستید؟			آیا بیماریهای زنانه دارید؟		
۲۵	مخصوص بانوان				
۲۷	سایر موارد		در صورت استفاده از موارد ذکر شده، مقدار، نوع و مدت مصرف را اعلام نمایید. <input type="checkbox"/> سیگار <input type="checkbox"/> مشروبات الکلی <input type="checkbox"/> مواد مخدر		
در صورت مثبت بودن هر کدام از سئوالات فوق با ذکر نام بیماری، زمان شروع بیماری، نوع و میزان داروی مصرفی، درمان انجام شده و وضعیت فعلی (بیمه شده) را توضیح دهید. (در صورت جراحی، تاریخ و علت عمل جراحی یا بستری شدن را ذکر فرمائید).					

افراد خانواده	سن	حیات / فوت	شرح (در صورت حیات، وضعیت سلامت و در صورت فوت علت آن را شرح دهید)
پدر		<input type="checkbox"/> حیات <input type="checkbox"/> فوت	
مادر		<input type="checkbox"/> حیات <input type="checkbox"/> فوت	
<input type="checkbox"/> خواهر <input type="checkbox"/> برادر		<input type="checkbox"/> حیات <input type="checkbox"/> فوت	
<input type="checkbox"/> خواهر <input type="checkbox"/> برادر		<input type="checkbox"/> حیات <input type="checkbox"/> فوت	
<input type="checkbox"/> خواهر <input type="checkbox"/> برادر		<input type="checkbox"/> حیات <input type="checkbox"/> فوت	

آیا تا به حال درخواست بیمه عمری داشته اید که یک شرکت بیمه صدور آن را پذیرفته باشد؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر (در صورت مثبت بودن جدول زیر را تکمیل کنید.) آیا در حال حاضر پیشنهاد بیمه عمر یا حادثه در جریان صدور یا صادر شده دارید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر (در صورت مثبت بودن جدول زیر را تکمیل کنید.)					
نام شرکت بیمه ای	نوع بیمه نامه	در جریان صدور / صدور / عدم صدور	تاریخ صدور / عدم صدور	سرمایه فوت	شرح (در صورت عدم صدور بیمه نامه، علت آن را شرح دهید)
		<input type="checkbox"/> در جریان صدور <input type="checkbox"/> صدور <input type="checkbox"/> عدم صدور	/ / ۱۳	ریال	
		<input type="checkbox"/> در جریان صدور <input type="checkbox"/> صدور <input type="checkbox"/> عدم صدور	/ / ۱۳	ریال	
		<input type="checkbox"/> در جریان صدور <input type="checkbox"/> صدور <input type="checkbox"/> عدم صدور	/ / ۱۳	ریال	

● اینجانبان (بیمه شده و بیمه گذار) امضاء کنندگان این پیشنهاد اعلام می داریم که به کلیه سئوالات مشروحه در این فرم با صداقت و به نحو کامل پاسخ داده و از مقررات و شرایط عمومی و اختصاصی بیمه نامه که جزء لاینفک این قرارداد می باشد، اطلاع کامل حاصل نموده و اعلام می نمائیم که پاسخ های داده شده کاملاً درست و عین واقعیت بوده و مطلع هستیم که هرگونه اظهار خلاف واقع و خودداری از واقع گویی به موجب قانون بیمه باعث باطل شدن قرارداد بیمه عمر و از دست دادن مزایای آن خواهد شد. ضمناً بیمه گر یا پزشکان معتمد اجازه دارند هرگونه اطلاعاتی را که راجع به وضع مزاجی و سلامت بیمه شده نیاز باشد، کسب نمایند.

● ضمناً اینجانبان (بیمه شده و بیمه گذار) مطلعیم که ارزش باز خریدی بیمه نامه عمر اندوخته ساز، با نرخ سود تضمینی سالانه ۱۵٪ و به صورت روز شمار می باشد که طبق قوانین بیمه ای مربوطه، برای مدت ۱۰ سال تضمین شده است. پس از ۱۰ سال، نرخ سود بیمه نامه براساس اعلام و ابلاغ بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران اعمال خواهد شد. نرخ سود پیش بینی اعم از ۲۰٪ و ۲۵٪، در صورت تحقق سرمایه گذاریهای شرکت بیمه از محل ذخایر بیمه نامه، به صورت مشارکت در منافع اعطا خواهد شد.

محل امضاء	نام بیمه گذار:	نام بیمه شده:
	امضاء بیمه گذار:	امضاء بیمه شده:
	تاریخ:	تاریخ:

توسط فروشنده بیمه تکمیل گردد	آیا بیمه شده را شخصاً می شناسید؟ آیا ملاحظات خاصی از سلامت فعلی یا گذشته او دارید؟ شرح دهید .		<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	از چه مدتی؟
	آیا درباره شرایط بیمه عمر اطلاعات کامل در اختیار بیمه گذار و بیمه شده گذارده اید؟ آیا صحت امضاء بیمه شده و بیمه گذار مورد تایید شما می باشد؟		<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	
نظر پزشک معتمد	تاریخ:	/ / ۱۳	نام، امضاء و مهر پزشک معتمد:	
	افزافه نرخ	درصد	تاریخ: / / ۱۳	