شماره شناسايي: PI31F023 شماره بازنگري: To

پیشنهاد بیمه عمر و سرمایهگذاری(طرح خانواده)



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 فرمائید. شرط اصلی اعتبار بیمهنامه در صورت صدور، صحت اطلاعات مندرج در این پیشنهاد و پاسخهای شما بوده و به آن استناد خواهد شد.ضمنا ّ تکمیل این پیشنهاد هیچ تعهدی را برای بیمه گر ایجاد نمینماید.

	نام خانوادگی : 	نام: 	.3
نام پدر: محل تولد : محل صدور:	ا ا شماره شناسنامه:	كدملى:	بخطا
ت:□ مرد □ زن تحصيلات:			ت بية (حداقا
درآمد ماهیانه:ریال	سند. ــــــــــــــــــــــــــــــــــــ	شغل اصلى:	4 مرز ال √
ر مانند آزاد، کارگر، کارمند، عنوان رشته تحصیلی و مورد قبول نمیباشد)		Nesteral Control of the Control of t	ار (بیا
	نشانی دقیق	محل سکونت: <i>استان شهر</i>	مه شر تمام)
تلفن همراه:	كدپستى محل سكونت:	تلفن محل سکونت: <i>(باذکرکدشهر)</i>	لاه او 1
	نشانی دقیق	محل کار:/ست <i>ان</i> شهر	ي
	کدپستی محل کار:	تلفن محل کار: (<i>باذکرکدشهر)</i>	
	نام خانوادگی : 	نام: 	
نام پدر: محل تولد : محل صدور:	ا شماره شناسنامه:	كدملى: كدملى	مئٹ ر
ت:□ مرد □ زن تحصيلات:	———— هل:□ متاهل □ مجرد جنسي	تاریخ تولد: / / ۱۳ وضعیت تا	خصات حداقل
درآمد ماهیانه:ریال	شغل فرعى :	شغل اصلى:	3: ₹
مانند آزاد، کارگر، کارمند، عنوان رشته تحصیلی و مورد قبول نمیباشد)	ید، به صورت دقیق ذکر نمائید. عناوین شغلی ه	(لطفا" نوع شغل یا کاری را که به آن اشتغال دار	ه شد عال تد
	نشانی دقیق	محل سکونت: <i>استان شهر</i>	اه کو عام)
تلفن همراه:	كدپستى محل سكونت:	تلفن محل سکونت: <i>(باذکرکدشهر)</i>	a_
	نشانی دقیق	محل کار:/ست <i>ان شهر</i>	
	کدپستی محل کار:	تلفن محل کار: (<i>باذکرکدشهر)</i>	
	نام خانوادگی : 	نام: اـــــــــــــــــــــــــــــــــــ	
نام پدر: محل تولد : محل صدور:	شماره شناسنامه:	كدملى: الا	نىڭ مىشىخ
ت:□ مرد □ زن تحصيلات:	هل:□ متاهل □ مجرد جنسي	تاریخ تولد: / / ۱۳ وضعیت تا	مات
	شغل فرعى :	شغل اصلى:	3:
مانند آزاد، کارگر، کارمند، عنوان رشته تحصیلی و مورد قبول نمیباشد)	ید، به صورت دقیق ذکر نمائید. عناوین شغلی ه		مثا
	نشانی دقیق	محل سکونت: <i>استان شهر</i>	<u>a</u>
تلفن همراه:	كدپستى محل سكونت:	تلفن محل سکونت: <i>(باذکرکدشهر)</i>	۹_
	نشانی دقیق -	محل کار:/ <i>ستان شهر</i>	
	کدپستی محل کار:	تلفن محل کار: (<i>باذکرکدشهر)</i>	
	نام خانوادگی : 	نام: اـــــــــــــــــــــــــــــــــــ	
نام پدر: محل تولد : محل صدور:	شماره شناسنامه:	كدملى:	مشخ
ت:□ مرد □ زن تحصيلات:	هل:□ متاهل □ مجرد جنسي	تاریخ تولد: / / ۱۳ وضعیت تا	<u>ئ</u>
	شغل فرعى :	شغل اصلى:	<u>ئ</u>
مانند آزاد، کارگر، کارمند، عنوان رشته تحصیلی و مورد قبول نمیباشد)	ید، به صورت دقیق ذکر نمائید. عناوین شغلی ه	(لطفا" نوع شغل یا کاری را که به آن اشتغال دار	مْل
	نشانی دقیق	محل سکونت: <i>استان شهر</i>	چ چ
تلفن همراه:	كدپستى محل سكونت:	تلفن محل سکونت: <i>(باذکرکدشهر)</i>	9
	نشانی دقیق	محل کار:/ <i>استان شهر</i>	
	کدپستی محل کار:	تلفن محل کار: (<i>باذکرکدشهر)</i>	
ایش سرمایه فوت 🗆 ۰٪ (ثابت) 🗀 ۵٪ 🗀 ۱۰٪ 🗀 ۱۰٪		سرمایه فوت بیمهشده اول	مشخ (ء
ایش سرمایه فوت 🗆 ۰٪ (ثابت) 🗀 ۵٪ 🗀 ۱۰٪ 🗀 ۱۵٪ ایش سرمایه فوت		سرمایه فوت بیمهشده دوم	3 1
			ئخصات (سرمايه
ایش سرمایه فوت 🗖 ۰٪ (ثابت) 🗖 ۵٪ 🗀 ٪ ۱۰٪ 🗀 ٪ ۲۰٪		سرمایه فوت بیمهسده دوم سرمایه فوت بیمهشده سوم	مات بیمهنامه رمایه فوت)



پیشنهاد بیمه عمر و سرمایهگذاری(طرح خانواده)

	37												
مشا (پوڻ	بیمه کـذار	☐ فوت در اثر حادثه باسرم				ىش نقصعضو يا از ،				پوششمعافیتاز پردا-	خت حقبیمه در صور	رت از کارافتادگ <u>ی</u>	
ا نصات شها	(بیمهشده اول) بیمهشده دوم	پوششمعافیت از پرداحد	داخت حقبیمه در صورت فوت مقدم بیمهشده اول به تمام بیمهنامههای عمر و سرمایهگذاری (طرح خانواده) تعلق میگیرد. باسرمایهریال 🔲 پوشش امراض خاص 🔲 پوشش نقصعضو یا از کارافتادگی ناشی از حادثه										St.
بيمه	بیمهشده سوم	□ فوت در اثر حادثه باسرما				س نقصعضو یا از							
امه ک	بیمهشده چهارم	🗖 فوت در اثر حادثه باسرم			_	ش نقصعضو یا از							
â		🗖 حقبيمه يكجا		 پرداخ	ئت حقبيمه يكجا به ه	حروف، عدد).							ريال
مشخ شيم	روش و میزان	🗖 حقبيمهاوليهوحق	نىمەمنظم		فت حقبیمه اولیه به								ريال
مات کو مدر	پرداخت	20 20	10	پرداح	عت حقبيمه منظم: □		29	ROPELER NO.	125 475] سالانه به مبل			383 384
بیمهنات بیمه	حقبيمه	☐ حقبيمه منظم کست بسشش	حاد اناة	ALTON COMP	ت حقبيمه منظم: □ □		ماهه ـــــــــــــــــــــــــــــــــــ	L شش ماه	19 5)] سالانه به مبل ا ۱۰۱۰	1000		ريال
امه بامه)	مدت بیمهنامه	کسر حقبیمه پوششهای اضافی از ترخ افزایش حقبیمه پایه تا ۱۰٪ (ثابت) تا ۵٪ تا ۱۰٪ تا ۱۰٪ تا ۱۰٪ تا تا تا ۱۰٪ تا										′/۲. П	
q	المان المان	نام خانوادگی			نرخ افزایش حقبیمه منظم کدملی شماره			ــ ., رەبە لد (تارىخ ثب	*	محل تولد	نسبت با		
شخو	نام	(نام موسسه)	جنسيت	نام پدر	تدمنی (شماره ثبت)	شناسنامه	روز روز			محل ثبت)	بیمهشده	درصد سهم	اولويت
ا ان (ئيم او								4				
ستفاد در صو	ول												
، کننا رت هو	نيمه دو												
د گان ت بیم	شده												
از سرما: ۵مسرگان)	بيمەشد ه سوم												
र्वः रु	3: ∧⊳												
مامه	بهشده												
سرمایه حیات	ت در انتهای مدت ب	بمهنامه، به شخص <u>ب</u>	بیمهگذار پر	رداخت خواه	ىد شد.		3	1 Europe	<u> </u>				
					باشد، سرمایه فوت بیر								
		201		1 2	شده باشد،سرمایه فوت ۲								
0.55	وضعیت انجام نظام وظیفه : انجام خدمت وظیفه عمومی معافیت پزشکی معافیت علی سایر												
	در صورت معافیت، علت آن را با ذکر ماده و بند مربوطه شرح دهید؟ آیا از موتورسیکلت دندهای استفاده مینمایید؟ □ خیر □ بلی، بهندرت □ بلی، بهطور مستمر (موارد استفاده را شرح دهید.)												
, T													
36 a2	آیا رشته(های) ورزشی خاصی را انجام میدهید؟ 🗖 خیر 🗖 بلی، تفریحی 🗖 بلی، حرفهای نام رشته(های) ورزشی:												
	ایا مسافرت مستمر انجام می دهید ؟ لے حیر کے بلی (تعداد مسافرت ماهانه، وسیله تقلیه و مقصد را بیان تمانید.) اگر فعالیتهای جنبی دیگری انجام می دهید بیان نمائید؟												
] معافیت پزشکی [مافیت غیر یز،	 ئىكى □	ا ساير		******			
	در صورت معافیت،	۔ علت آن را با ذکر ماد	ه و بند مربو	ِطه شرح دهی	د؟			5 -2 09973					
سئوالات (بيمەشد	در صورت معافیت، علت آن را با ذکر ماده و بند مربوطه شرح دهید؟ آیا از موتورسیکلت دندهای استفاده مینمایید؟ □ خیر □ بلی، بهندرت □ بلی، بهطور مستمر (موارد استفاده را شرح دهید.)												
	آیا رشته(های) ورزشی خاصی را انجام میدهید؟ خیر بلی، تفریحی بلی، حرفهای نام رشته(های) ورزشی:												
الم م	آیا مسافرت مستمر	انجام مىدھيد ؟ 🗆	خير 🗖 بلم	ی (تعداد مساه	رت ماهانه، وسيلهنقلي	قصد را بیان ن	مائيد.)						
	اگر فعالیتهای جنبی دیگری انجام میدهید بیان نمائید؟												
] معافیت پزشکی [مافیت غیر پز	شکی 🗖	ا ساير		•••••			
		علت آن را با ذکر ماد											
رن م شده	ایا از موتورسیکلت آیا شته(های) منت	دندهای استفاده مینه خام اا انحام م	ایید؟ □ ده.دگ □	خیر ⊔بلی خـ □.۱	، بەندرت 🏻 بلى، بەط ، تفرىحى 🗖 بلى، حر	ستمر (موارد نام شتهد	استفاده ر دای من	ِا شرح دھ 	ھيد.)				
مومی	آیا مسافرت مستمر	سی حاصی را الجام مر انجام میدهید ؟	یدھید؛ ∟ خیر □ بلے	حیر ت بنی ، (تعداد مساف	، تقریحی تا بنی، حر برت ماهانه، وسیلهنقلی	عم رستهره قصد را بیان ن	های) ورر، مائید.)	سی	•••••••••	***************************************			
		. ، کی بی دیگری انجام مید			om. 1550 FeV	CONTRACTOR OF THE CONTRACTOR O	50 m 25 5 7						
] معافیت پزشکی [مافیت غیر پز	شكى 🗆	ا ساير		•••••	کد نمایندگ	ی	
The state of the s		علت آن را با ذکر ماد				. <u> </u>	1557 1665				1 • 1	<i>=</i>	
:) 7	آیا از موتورسیکلت	دندهای استفاده مینه ناستفاده می	لايد؟ كا	خیر ∐ بلی	، بەندرت 🏻 بلى، بەم تفسىم 🗖 يامىم	ستمر (موارد المشتيد	استفاده ر	ِا شرح دھ ،	ھيد.)		مهر، امضاء و	و نام نمایند د	٠
عمومی چهارم)	آیا رشته(های) وررد آیا مساف ت مستمر	نبی حاصی را انجام مر انحام میدهند ؟ 🗆	یدھید؛ ∟ خب □ بلے	حیر الم بنی	، تفریحی 🗖 بلی، حر درت ماهانه، وسیلهنقلی	نام رستهره قصد ، اینان ن	های) ورر، مائید.)	شى:	•••••••	***************************************			
		، دیگری انجام مید بی دیگری انجام مید				مصد را جيان	,				28		
		10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 1	CONTRACTOR CONTRACTOR								تاريخ: /	۱۳ /	



پیشنهاد بیمه عمر و سرمایهگذاری(طرح خانواده)

م میباشد	کیلوگر				وزن	متر میباشد	سانتي	بیمهشده اول قد بیمهشده			
ِم میباشد	کیلوگر				وزن	سانتی متر میباشد		قد بیمهشده	بیمهشده دوم		قد و
ِم میباشد	کیلوگر				وزن	سانتی متر میباشد		قد بیمهشده	بیمهشده سوم		وزن
ِم میباشد	کیلوگر				وزن	سانتی متر میباشد		قد بیمهشده	بیمهشده چهارم		
، چهارم	بيمەشدە	ه سوم	بيمهشده سوم		بیمهشده دوم		بيمەشد			رديف	
خير	بلی	خير	بلی	خير	بلی	بلی خیر		بیماری		٠٩.	
								نفسی (سرفه مزمن،آسم)	بیماری دستگاه ت	١	
	S			O.F.				، درد قفسه سینه و تنگی نفس فعالیتی و	بیماریهای قلبی	۲	
							بیماریهای خونی	٣			
								ئىي، كېد، پانكراس و	۴		
								ب و روان، افسردگی و اضطراب و	بیماریهای اعصاد	۵	
								ی اعصاب، تشنج، سکته مغزی	بیماریهای داخل	۶	
								و مجاری ادرارو	بیماریهای کلیه	٧	
				<u>.</u> :				، و حلق و بینی، چشمی و	بیماریهای گوش	٨	
								ی، خالهای بزرگ	بیماریهای پوست	٩	.3
								وانی،عضلات و مفاصل و	بیماریهای استخ	١.	.}.
								داخلی نظیر تیروئید و	بیماریهای غدد	11	الأمتر
) عفونی مانند سل، هپاتیت و ایدز	سابقه بیماریها <i>ی</i>	۱۲	3: 3:
								<u></u>	بیماری فشار خور	۱۳	4 شر
							(دیابت)			14	بگان
						و بدخیمی داشتهاید؟			آیا سابقه سرطان	۱۵	
							داشتهاید؟				
								احی قرار گرفته یا بستری شده اید؟	آیا مورد عمل جر	۱۷	
								مارضه دیگری مبتلا شدهاید که ذکر نشده باشد؟	آیا به بیماری یا ء	١٨	
								و شدهاید؟	آیادچار نقص عض	19	
				F.5.		آیا دچار از کارافتادگی شدهاید؟				۲٠	
							آیا در شش ماه گذشته کاهش وزن داشتهاید؟				
							آیا کسی از بستگان درجه اول شما به بیماری سل، تشنج مبتلا شده یا میباشد؟				
								آیا از دارو برای بیماری طولانی مدت استفاده میکنید؟			
								آیا در حال حاضر به لحاظ پزشکی سالم هستید؟			
								باردار هستید؟	آیا در حال حاضر	۲۵	خصوص بانوان
								انه دارید؟	آیا بیماریهای زن	78	حصوص بانوان
د مخدر	 موا	ت الكلى	□ مشروبان		🗖 سیگار	، اول در صورت استفاده از موارد ذکر شده ، <i>مقدار، نوع</i> و <i>مدت مصرف</i> را اعلام نمایید.				ب	
د مخدر	NT:	(1)	🗖 مشروبان		2.00	1111		در صورت استفاده از موارد ذکر شده ، <i>مقدار، نوع</i> و م	يمەشدە دوم	ب	سایر موارد
د مخدر	N 5 3	1100000	☐ مشروبات —		F30 (38)	Madeda Mil 2	-500 See	در صورت استفاده از موارد ذکر شده ، <i>مقدار، نوع</i> و <i>م</i>	بمهشده سوم	3862	الديو تورو
د مخدر	<u> </u>	W80	مشروبات	- 45	1001			در صورت استفاده از موارد ذکر شده ، <i>مقدار، نوع</i> و م	مهشده چهارم	10,100	
ه تفکیک نام	صعیت فعلی به	جامشده و وط	رفی، درمان انه	ن داروی مص	ئی، مدت زمار			رکدام از سئوالات فوق نام بیماری، زمان شروع بیماری در صورت جراحی، تاریخ و علت عمل جراحی یا بستری			
									, <u>C</u> - <i>J</i>		
											3
											ابق عابق
											नुः
											9



پیشنهاد بیمه عمر و سرمایهگذاری(طرح خانواده)

و در صورت فوت علت آن را شرح دهید)	ت حیات، وضعیت سلامت	شرح (در صوره	ا فوت	حیات	سن	افراد خانواده			
		ت 🗖 فوت	🗖 حياد		پدر				
		ت 🗖 فوت	□ حيات □ فوت		مادر	4	•		
		ت 🗖 فوت	🗖 حياد		□خواهر / □ برادر	ु	وضع		
	يات □ فوت								
	—								
			ت 🗖 فوت	□ حياد		پدر		· V :)	
			ت 🗖 فوت	1349		مادر	3:	خانواده	
			ت □ فوت	0510		ے کواھر/□ برادر		Ō	
			ر ت 🗖 فوت	1000		ے اخواہر/□ برادر	•		
			ت <u>ا</u> وو ت ا فوت	2372		ے خواہر الے برادر]خواہر الے برادر			
	. П . П е	×1: 1 7			8				
(در صورت مثبت بودن، جدول زیر را تکمیل کنید.)			، که یک شرکت بیمه صد						
ودن، جدول زیر را تکمیل کنید.)			جریان صدور یا صادر شده دار ·				2 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1		
شرح (در صورت عدم صدور بیمهنامه، علت آن را شرح دهید)		تاریخ	وضعیت بیمهنامه	بيمهنامه	بوع	نام شرکت بیمهای	نام بیمهشده	سواء	
	ريال ريال	18 / /	□صدور □ عدمصدور □صدور □ عدمصدور					ა: :ფ	
	ريال	1 1 /	□صدور□ عدمصدور					بمهاي	
	ر یال	۱۳ / /	□صدور □ عدمصدور					3	
	ريال	١٣ / /	□صدور □ عدمصدور						
	ريال	18 / /	□صدور □ عدمصدور						
مقررات و شرایط عمومی و اختصاصی بیمهنامه که جزء لاینفک	به نحو کامل پاسخ داده و از	در این فرم با صداقت و	ه به کلیه سئوالات مشروحه ه	للام مىداريم ك	بشنهاد اء) امضاءکنندگان این پی	،گذار و بیمهشدگان	*اينجانبان(بيما	
ر(بیمهگذار و بیمهشدگان) مطلعیم که ارزش بازخریدی بیمهنامه عمر اندوخته ساز، با نرخ سود تضمینی ۱۵٪ و به صورت روز شمار میباشدکه طبق قوانین بیمهای مربوطه، برای مدت۱۰ سال تضمین شده سال، نرخ سودبیمهنامه براساس اعلام و ابلاغ بیمهمرکزی جمهوری اسلامی ایران اعمال خواهد شد. نرخ سود پیشبینی اعم از ۲۰٪ و ۲۵٪ ، در صورت تحقق سرمایهگذاریهای شرکت بیمه از محل ذخایر تمشارکت در منافع اعطا خواهد شد. نام بیمهگذار (بیمهشده اول): امضاء بیمهگذار (بیمهشده اول): تاریخ: تاریخ: تاریخ:									
	ه چهارم:	امضاء بیمهشد تاریخ:				سوم:	امضاء بیمهشده تاریخ:		
نى؟	🗖 خیر از چه مدن	□ بلی		اسید؟	ا" مىشن	بیمهشدگان را شخصا	آیا بیمهگذار و ب	.عر ب	
	□ خير	ەايد؟ □ بلى	و بیمهشدگان دارید؟شرح گذار و بیمهشدگان گذارده	ر اختيار بيمه	کامل د	لا بيمه عمر اطلاعات	آیا درباره شرایم	ط فروشنده بیما تکمیل گردد	
	□ خير	لا بلی	میباشد؟	ِد تائید شما	گان مور	، بیمه گذار و بیمهشد	آیا صحت امضاء	4	
کد نمایندگی مهر، امضاء و نام نمایندگی					ک معتمد	ل درصد درصد وم درصد	اضافه نرخ پزتا بیمهشده اوا بیمهشده سو	پزشک معتمد بیمه گر	
تاریخ : / / ۱۳									