

مقتضای محترم، خواهشمند است به کلیه پرسشهای این پیشنهاد جواب داده و هیچ سؤالی را بدون پاسخ نگذارید زیرا صحت این جوابها و کامل بودن آنها شرط اصلی معتبر بودن قرارداد بیمه جامع زندگی ای است که براساس این پیشنهاد صادر می شود. تکمیل این پیشنهاد هیچ گونه تعهدی را برای بیمه گر ایجاد نمی نماید.

الف- مشخصات پیشنهاد دهنده (بیمه گذار)

نام خانوادگی:	نام پدر:	نام:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
شماره شناسنامه:	کد ملی:	تاریخ تولد:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
شغل:	میزان درآمد ماهانه بیمه گذار:	نسبت بیمه گذار با بیمه شده:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
کد پستی:	تلفن:	تلفن همراه:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
در صورتی که بیمه گذار شخصیت حقوقی باشد:	نشانی:	تلفن:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
نام مؤسسه / شرکت:	تاریخ ثبت:	شماره ثبت:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ب- مشخصات بیمه شده

نام خانوادگی:	نام پدر:	نام:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
شماره شناسنامه:	کد ملی:	متولد (روز: ماه: سال):
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
محل صدور:	محل تولد:	شغل اصلی در حال حاضر:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
مشاغل فرعی در حال حاضر:	وضعیت تأهل:	مشاغل قبلی:
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/> مجرد	<input type="text"/>
جنسیت: مذکر <input type="checkbox"/> مؤنث <input type="checkbox"/>	نشانی محل کار:	نشانی محل اقامت:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
کد پستی:	تلفن:	تلفن همراه:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

پ- مشخصات بیمه نامه مورد درخواست

مدت بیمه:	سرمایه بیمه سال اول:	ریال و بحروف:	ریال
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
نحوه پرداخت حق بیمه:	ماهانه <input type="checkbox"/>	یکجا <input type="checkbox"/>	
ضریب تعدیل سالانه سرمایه:	درصد <input type="text"/>	ضریب تعدیل سالانه حق بیمه:	درصد <input type="text"/>
مبلغ حق بیمه سال اول:	ریال <input type="text"/>		
پوشش های تکمیلی (درخواستی):			
<p>۱. افزایش سرمایه در صورت فوت بیمه شده بر اثر حادثه <input type="checkbox"/> ، سرمایه مورد درخواست حادثه برابر سرمایه فوت</p> <p>۲. پوشش معافیت از پرداخت حق بیمه در صورت از کارافتادگی کامل و دائم <input type="checkbox"/> (در صورتی که بیمه گذار و بیمه شده شخص واحد باشند)</p> <p>۳. پوشش تکمیلی بیماریهای تحت پوشش <input type="checkbox"/> ، به مبلغ <input type="text"/> ریال</p> <p>تبصره: بیماریهای تحت پوشش این بیمه نامه عبارت است از هرگونه عارضه جسمی و یا اختلال در اعمال طبیعی اعضاء و جهاز مختلف بدن که ناشی از بروز سکتة قلبی، سکتة مغزی، جراحی عروق قلبی(کرونر)، سرطان و پیوند اعضای اصلی بدن برطبق تشخیص پزشک معتمد شرکت باشد.</p> <p>۴. نحوه دریافت سرمایه بیمه نامه در پایان مدت بیمه :</p>			
یکجا (مبلغ ثابت) <input type="checkbox"/>	مستمری <input type="checkbox"/>	نوع مستمری:	مادام العمر <input type="checkbox"/> با مدت مشخص <input type="checkbox"/> سال

ت - مشخصات استفاده کنندگان از سرمایه بیمه

وضعیت	نام و نام خانوادگی	نام پدر	شماره شناسنامه	کد ملی	جنسیت	تاریخ تولد	نسبت یا بیمه شده	اولویت *	درصد سهم
در صورت حیات بیمه شده									
در صورت فوت بیمه شده									

توجه: الف - چنانچه استفاده کننده مشخص نشده باشد:

- در صورت حیات بیمه شده در انقضای مدت بیمه سرمایه بیمه به بیمه شده پرداخت خواهد شد.
 - در صورت فوت بیمه شده سرمایه بیمه بین ورثات قانونی به نسبت سهم الارث تقسیم خواهد شد.
- ب - چنانچه استفاده کنندگان تعیین نشده ، ولی میزان سهم آنها مشخص نشده باشد سرمایه به نسبت مساوی بین استفاده کنندگان تقسیم خواهد شد.
- * در صورتیکه هر یک از استفاده کنندگان اولویت یک در قید حیات نباشند ، سهم مزبور به نسبت سهم استفاده کنندگان اولویت بعدی تخصیص می یابد

ث - پرسشهای عمومی که توسط بیمه شده تکمیل می گردد

- آیا خدمت نظام وظیفه را انجام داده اید؟ (فقط برای آقایان) بلی خیر
در صورت منفی بودن پاسخ به دلیل معافیت پزشکی ، علت و نوع آنرا توضیح دهید:
- به کدام ورزشها می پردازید؟
آیا اشتغال به این ورزشها جنبه حرفه ای دارد؟ بلی خیر
- آیا تا به حال پیشنهاد بیمه عمر به شرکت بیمه ای داده اید که مورد قبول واقع نشده باشد؟ بلی خیر
در صورت مثبت بودن پاسخ ، علت را توضیح دهید.
- آیا در حال حاضر پیشنهاد بیمه عمر یا حادثه در جریان صدور دارید؟ بلی خیر
در صورت مثبت بودن پاسخ، جدول زیر را تکمیل نمایید:

نوع بیمه	سرمایه بیمه	نام شرکت بیمه	نام واحد صدور

- آیا در حال حاضر بیمه عمر یا حادثه انفرادی دارید؟ بلی خیر
در صورت مثبت بودن پاسخ، جدول زیر را تکمیل نمایید:

نوع بیمه	شماره بیمه نامه	سرمایه بیمه	نام شرکت بیمه	نام واحد صدور

تذکر : باتوجه به اهمیت جدول بند ۴ و ۵ چنانچه در طول مدت اعتبار بیمه نامه و یا پس از خاتمه آن مشخص شود که بیمه شده مشخصات کلیه بیمه نامه های عمر و حوادث انفرادی خود نزد هر یک از شرکتهای بیمه را در جداول مذکور اعلام نداشته است شرکت بیمه می تواند از پرداخت تمام یا بخشی از تعهدات خود خودداری کند.

ج - وضعیت سلامت افراد خانواده

افراد خانواده	در حال حیات		فوت شده	
	سن	بیماری یا عارضه مبتلا به	سن فوت	علت فوت
پدر				
مادر				
برادر				
خواهر				
همسر				
فرزندان				

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

تاریخ : نام و امضای بیمه شده : نام و امضای بیمه گذار :



* آیا در حال حاضر کاملاً سالم هستید؟ بلی خیر اندازه قد وزن

آیا به ناراحتی با بیمارهای زیر مبتلا بوده یا می باشید؟ در صورت مثبت بودن پاسخ هر یک از موارد زیر، تاریخ بروز و مدت زمان بیماری و عوارض بها مانده و نام پزشک معالج را با ذکر شماره سوال بنویسید:

۱- آیا سابقه بستری شدن در بیمارستان یا آسایشگاه را دارید؟ بلی خیر چه علت و چه مدت و تاریخ بستری:

۲- بیمارهای دستگاه تنفسی مانده سرفه مزمن، تنگی نفس به هنگام فعالیت، آسم و خلط چرکی یا خونی و غیره بلی خیر

۳- بیمارهای قلب و عروق بخصوص فشار خون و درد قفسه سینه، سکنه قلبی، واریس و غیره بلی خیر

۴- بیمارهای خونی، سابقه نثریق خون، کم خونی خونریزیهای بدون علت و غیره بلی خیر

۵- بیمارهای گوارشی، کبد، پانکراس دردهای مزمن شکمی، خونریزی گوارشی، تهوع و استفراغ مکرر، زردی و غیره بلی خیر

۶- بیمارهای اعصاب و روان اضطراب، افسردگی، خودکشی و غیره بلی خیر

۷- بیمارهای داخلی اعصاب، تشنج، سکنه مغزی، مشکلات حرکتی، فراموشی و غیره بلی خیر

۸- بیمارهای کلیه، مجاری ادرار، مشکلات پروستات، خون در ادرار، سوزش ادرار، سنگ کلیه و غیره بلی خیر

۹- بیمارهای گوش و حلق و بینی، چشمی، کاهش شنوایی، خونریزیهای بینی، کاهش بینایی، نابینائی، سرگیجه و غیره بلی خیر

۱۰- بیمارهای پوستی، خالهای بزرگ یا در حال رشد، خالهای تغییر رنگ یافته، زخم طول کشیده، خونریزیهای زیر پوستی، توده جلدی و غدد لنفاوی بزرگ شده و غیره بلی خیر

۱۱- بیمارهای استخوانی، عضلات و مفاصل دردهای عضلانی، دردهای ستون فقرات، خشکی و درد مفاصل و غیره بلی خیر

۱۲- بیمارهای غدد داخلی نظیر تیروئید و دیابت و یا کاهش یا افزایش اشتها و چربی خون بالا و غیره بلی خیر

۱۳- سابقه بیمارهای عفونی مانند سل، هیاتیت، حصیه، تب مالت، مالاریا، ایدز، کیست هیداتیک و غیره بلی خیر

۱۴- آیا به بیماری و عارضه دیگر مبتلا شده اید که در فوق ذکر نشده باشد؟ بلی خیر نام بیماری

۱۵- آیا مورد عمل عمل جراحی قرار گرفته اید؟ بلی خیر نوع عمل و زمان و نتیجه آن

۱۶- آیا دچار نقص عضو شده اید؟ بلی خیر در چه ناحیه ای

۱۷- آیا دچار از کارافتادگی شده اید؟ بلی خیر به چه میزان

۱۸- آیا از سیگار، مشروبات الکلی، مواد مخدر استفاده کرده یا می کنید؟ بلی خیر

در صورت ترک، مدت زمان آن: نوع اعتیاد: میزان مصرف و مدت آن:

۱۹- آیا از دارو برای بیماری طولانی مدت استفاده کرده یا می کنید؟ بلی خیر

نوع دارو: میزان مصرف و مدت آن:

۲۰- آیا کسی از بستگان درجه اول شما به بیماری سل، سرطان، بیماری قلبی، فشار خون، مرض قند، نارسایی کلیه، سکنه مغزی، بیماری

مادرزادی یا بیماری روحی و عصبی مبتلا بوده یا می باشد؟ بلی خیر نسبت و نام بیماری

۲۱- آیا شما در شش ماهه گذشته کاهش وزن داشته اید؟ بلی خیر میزان و علت کاهش وزن:

پرسشهای مخصوص خانم ها:

۲۲- در حال حاضر در کدامیک از وضعیت های زیر هستید:

الف) حامله می باشید؟ بلی خیر

ب) در دوره شیردهی می باشید؟ بلی خیر

ج) در دوران فاعدگی منظم می باشید؟ بلی خیر

د) در دوران یانستگی می باشید؟ بلی خیر

۲۳- آیا دچار عوارض و بیمارهای ناشی از حاملگی و زایمان نظیر فشار خون حاملگی یا مسمومیت حاملگی، سقط جنین، مول و عفونتها و خونریزی بعد از زایمان و غیره شده اید؟ بلی خیر

۲۴- آیا بیمارهای خاص نظیر خونریزی غیرطبیعی، یا لکه بینی و غیره داشته اید؟ بلی خیر

۲۵- آیا دچار ترشح یا خونریزی، درد یا توده در پستان و عدم تقارن در ناحیه سینه و یا زیر بغل شده اید؟ بلی خیر

توضیح:

مهر و امضاء بیمه گزار:

نام و امضاء بیمه شده:

تاریخ:

ج- گزارش فروشنده بیمه: (نماینده، کارگزار، یا کارمند شرکت)

- ۱- آیا پیشنهاد دهنده را شخصاً می شناسید؟ بلی خیر از چه مدتی؟
- ۲- به نظر شما بیمه شده در حال حاضر از سلامت برخوردار است؟ بلی خیر
- ۳- آیا ملاحظات خاصی از وضعیت سلامت فعلی یا گذشته او دارید؟ (شرح دهید)
- ۴- آیا درباره شرایط بیمه عمر اطلاعات کامل در اختیار بیمه گذار و بیمه شده گذارده‌اید؟ بلی خیر
- ۵- آیا صحت امضای بیمه شده و بیمه گذار مورد تأیید می باشد؟ بلی خیر
- تاریخ:

نام، امضاء، مهر و کد نماینده یا کارگزار:

این قسمت توسط بیمه گر تکمیل خواهد شد

خ: اظهار نظر اولیه کارشناس صدور بیمه نامه

- صدور بیمه نامه نیاز به معاینه و آزمایشهای پزشکی دارد ندارد
- علت درخواست معاینه و آزمایش پزشکی:
- ۱- سرمایه بیمه نامه ۳- پاسخ به پرسشهای پزشکی
- ۲- سن بیمه شده ۴- سایر موارد

د: نظر پزشک معتمد شرکت:

- با توجه به پاسخهای پزشکی و معاینه و آزمایشهای انجام شده از بیمه شده صدور بیمه نامه از نظر پزشکی:
- ۱- تأیید می گردد ۲- با در نظر گرفتن درصد احتمال افزایش فوت تأیید می گردد
- ۳- به صلاح بیمه گر نمی باشد ۴- سایر موارد
- تاریخ: مهر و امضای پزشک معتمد:

ذ: نظر نهایی کارشناس صدور بیمه نامه

- صدور بیمه نامه با توجه به مندرجات پیشنهاد و ضوابط و مقررات بیمه:
- بلامانع می باشد با در نظر گرفتن درصد افزایش احتمال فوت بلامانع می باشد به صلاح نمی باشد

نام و امضای کارشناس صدور:

تاریخ: