



(سهامی عام)

شماره ثبت ۲۰۰۷۲۲

شناسه مدرک: PI-2420-FR-110

شماره بازنگری: 00

فرم پیشنهاد بیمه نامه عمر زمانی ساده

پیشنهاد دهنده گرامی، خواهشمند است به همه پرسش های درج شده 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 درج شده در این فرم و پاسخ های شما بوده و به آن استناد خواهد شد. همچنین تکمیل این فرم هیچ تعهدی را برای بیمه گر ایجاد نمی نماید.

مشخصات بیمه گزار	نام / نام موسسه:	نام خانوادگی:
	کد ملی:	شماره شناسنامه:
	تاریخ تولد/ تاریخ ثبت:	محل صدور شناسنامه:
	شغل اصلی:	شغل فرعی:
نشانی: استان:	شهر:	نشانی دقیق:
کد پستی:	تلفن تماس: (با ذکر کد شهر)	تلفن همراه:
جنسیت: <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن وضعیت تاهل: <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/> مجرد تحصیلات:		عناوین شغلی مانند آزاد، کارگر، کارمند، عنوان رشته تحصیلی و ... مورد قبول نمی باشد.
نسبت با بیمه شده: <input type="checkbox"/> خود شخص <input type="checkbox"/> سایر:		

مشخصات بیمه شده	نام:	نام خانوادگی:
	کد ملی:	شماره شناسنامه:
	تاریخ تولد/ تاریخ ثبت:	محل صدور شناسنامه:
	شغل اصلی:	شغل فرعی:
نشانی: استان:	شهر:	نشانی دقیق:
کد پستی:	تلفن تماس: (با ذکر کد شهر)	تلفن همراه:
جنسیت: <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن وضعیت تاهل: <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/> مجرد تحصیلات:		عناوین شغلی مانند آزاد، کارگر، کارمند، عنوان رشته تحصیلی و ... مورد قبول نمی باشد.

بیمه نامه مشخصات	سرمایه فوت	ضریب تعدیل سرمایه فوت	۰ (ثابت) <input type="checkbox"/> ۵٪ <input type="checkbox"/> ۱۰٪ <input type="checkbox"/> ۱۵٪ <input type="checkbox"/> ۲۰٪ <input type="checkbox"/> ۲۵٪ <input type="checkbox"/> ۳۰٪ <input type="checkbox"/>
	روش پرداخت حق بیمه	حق بیمه به روش:	<input type="checkbox"/> ماهانه <input type="checkbox"/> سه ماهه <input type="checkbox"/> شش ماهه <input type="checkbox"/> سالانه <input type="checkbox"/> یکجا
	مدت بیمه نامه		سال.....

افزایی پوشش های اضافی فوت در اثر حادثه با سرمایه ریال. (ضریب تعدیل پوشش فوت حادثه همانند پوشش فوت به هر علت می باشد.)

اولویت	درصد سهم	نسبت با بیمه شده	محل تولد/ محل ثبت	تاریخ تولد/ ثبت			شماره شناسنامه/ شماره ثبت	کد ملی/ شناسه ملی	جنسیت	نام پدر	نام و نام خانوادگی/ نام موسسه	مشخصات	سرمایه بیمه نامه
				روز	ماه	سال							
												در صورت فوت بیمه شده	

سوال (بیمه شده) عمومی	آیا از موتورسیکلت استفاده می نمایید؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی (موارد استفاده را شرح دهید).
	آیا رشته (های) ورزشی خاصی را انجام می دهید؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی، تفریحی <input type="checkbox"/> بلی، حرفه ای. نام رشته (های) ورزشی:
محل امضا	آیا مسافرت مستمر/ مأموریت کاری برون شهری انجام می دهید؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی (تعداد مسافرت ماهانه، وسیله نقلیه و مقصد را بیان نمایید). اگر فعالیت های جنبی دیگری انجام می دهید بیان نمایید.
	نام بیمه گزار/ مهر موسسه، تاریخ و امضاء: نام بیمه شده، تاریخ و امضاء:
کد نمایندگی/ کارگزاری	مهر، امضاء و نام معرف (نمایندگی): تاریخ: / /



(سهامی عام)

شماره ثبت ۲۰۰۷۲۲

نام و نام خانوادگی بیمه‌شده:

شناسه مدرک: PI-2420-FR-110

شماره بازنگری: 00

فرم پیشنهاد بیمه‌نامه عمر زمانی ساده

ردیف	بیماری (سوابق بیماری)	بله	خیر	ردیف	بیماری (سوابق بیماری)	بله	خیر
۱	بیماری‌های دستگاه تنفسی (سرفه مزمن، آسم، تنگی نفس، خلط خونی یا چرکی و ...)		۲	بیماری‌های قلب و عروق (درد قفسه سینه، تنگی نفس فعالیتی، سکت قلبی، واریس، تپش قلب، ...)			
۳	بیماری‌های خونی (سابقه تزریق خون، کم‌خونی، خون‌ریزی بدون علت و طولانی از هر قسمت بدن)		۴	بیماری‌های گوارشی (کید، زردی یا یرقان، درد طولانی مدت شکمی، تهوع، پانکراس (لوزالمعده) و ...)			
۵	بیماری‌های اعصاب و روان (افسردگی، اضطراب، تشویش، وسواس، سابقه خودکشی و ...)		۶	بیماری‌های داخلی اعصاب (تشنج، سکت مغزی، مشکلات حرکتی، فراموشی و ...)			
۷	بیماری‌های کلیه و مجاری ادرار (پروستات، خون در ادرار، سوزش ادرار، سنگ کلیه و ...)		۸	بیماری‌های گوش، حلق و بینی (سرگیجه، خون‌ریزی بینی، کاهش شنوایی، ترشحات چرکی یا خون از گوش)			
۹	بیماری‌های پوستی (خون‌ریزی یا خون‌مردگی زیرپوستی، خال‌های بزرگ در حال رشد، غده‌های پوستی)		۱۰	بیماری‌های استخوانی، عضلات، مفاصل و ...			
۱۱	بیماری‌های غده، داخلی و تیروئید (تغییر وزن، کاهش و افزایش اشتها، تعریق فراوان، جریبی خون بالا)		۱۲	بیماری‌های عفونی (سل، هیپاتیت، حصیه، تب مالت، مالاریا، ایدز، کیست هیداتیک، آبله مرغان و ...)			
۱۳	بیماری‌های چشمی (ضربه به چشم، پارگی مویرگ‌ها، تاری دید، دوبینی، ضعف یا کاهش بینایی و ...)		۱۴	آیا در شش ماه گذشته کاهش وزن داشته‌اید؟			
۱۵	آیا دارای فشار خون هستید؟		۱۶	آیا دارای دیابت هستید؟			
۱۷	آیا مورد عمل جراحی قرار گرفته‌اید یا سابقه بستری در بیمارستان، آسایشگاه یا مراکز درمانی دارید؟		۱۸	آیا سابقه تصادف، حادثه یا سقوط داشته‌اید یا دچار شکستگی، نقص عضو یا از کارافتادگی شده‌اید؟			
۱۹	آیا سابقه سرطان، بدخیمی یا تومور داشته‌اید؟		۲۰	آیا به بیماری یا عارضه دیگری مبتلا شده‌اید که ذکر نشده باشد؟			
۲۱	آیا بیماری‌های زنانه دارید یا دچار ترشح، خون‌ریزی، درد یا توده در پستان و ... شده‌اید؟		۲۲	آیا در حال حاضر باردار هستید یا دچار عوارض و بیماری‌های ناشی از حاملگی و زایمان شده‌اید؟			
۲۳	در صورتی که به علت معافیت پزشکی، از خدمت سربازی معاف شده‌اید، ضمن ارسال کپی کارت معافیت، ماده، بند و علت معافیت ذکر گردد، ماده: بند: علت:						
۲۴	آیا از دارو برای بیماری طولانی مدت استفاده می‌کنید؟ آیا در حال حاضر به علت بیماری یا مورد خاص تحت مداوا یا مشاوره پزشکی قرار دارید؟						
۲۵	در صورت استفاده از موارد ذکر شده، مقدار، نوع و مدت مصرف را اعلام نمایید. <input type="checkbox"/> دخانیات (سیگار، قلیان، ...) <input type="checkbox"/> مشروبات الکلی <input type="checkbox"/> مواد مخدر، محرک و روان‌گردان <input type="checkbox"/> هیچکدام						
قد بیمه‌شده		سانتی‌متر		وزن بیمه‌شده		کیلوگرم	
در صورت مثبت بودن هر کدام از سوالات بالا، موارد را به‌طور کامل توضیح دهید. ذکر نام بیماری، زمان شروع بیماری و درمان‌های صورت گرفته (سرپایی یا بستری)، نوع، میزان و مدت زمان داروی مصرفی، وضعیت فعلی (بیمه‌شده)، میزان نقص عضو احتمالی ضروری است.							
وضعیت سلامت خانواده بیمه‌شده							
در صورتی که بستگان درجه یک (پدر، مادر، خواهر یا برادر) به بیماری‌هایی از قبیل سل، تشنج، سرطان، بیماری قلبی، فشارخون، دیابت، نارسایی کلیه، سکت مغزی، سکت قلبی، بیماری مادرزادی، ژنتیکی و یا بیماری روحی و عصبی مبتلا بوده یا می‌باشد یا دچار مرگ زودرس (مرگ زیر ۶۰ سال) شده‌اند، جدول زیر تکمیل گردد.							
وضعیت (در صورت حیات، وضعیت "سلامت، نوع بیماری" و در صورت فوت "علت" آن را شرح دهید)				نسبت با بیمه‌شده		سن	
شرح				حیات		فوت	
آیا در حال حاضر پیشنهاد بیمه عمر یا حادثه در جریان صدور یا صادر شده دارید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر (در صورت مثبت بودن، جدول زیر را تکمیل کنید).							
سوابق بیمه‌ای							
شرکت بیمه‌گر		نوع بیمه‌نامه		وضعیت پیشنهاد / بیمه‌نامه		تاریخ صدور	
اینجانبان (بیمه‌شده و بیمه‌گذار) امضاءکنندگان این پیشنهاد اعلام می‌نماییم که پاسخ‌های داده شده کاملاً درست و عین واقعیت بوده و مطلع هستیم که هرگونه اظهار خلاف واقع و خودداری از واقع‌گویی، به موجب قانون بیمه باعث باطل شدن قرارداد بیمه عمر یا سایر تبعات (حسب قانون) خواهد شد. همچنین بیمه‌گر اجازه دارد هرگونه اطلاعاتی را که در مورد وضع سلامت بیمه‌شده یا سایر موضوعات مرتبط با بیمه‌نامه نیاز باشد کسب نماید.							
محل امضا				نام بیمه‌گذار / نام موسسه:			
				امضاء بیمه‌گذار / مهر موسسه:			
				نام بیمه‌شده:			
				امضاء بیمه‌شده:			
				تاریخ: / /			
فرموده بیمه		آیا درباره شرایط بیمه عمر اطلاعات کامل در اختیار بیمه‌گذار و بیمه‌شده گذارده‌اید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر					
		آیا صحت امضاء بیمه‌شده و بیمه‌گذار مورد تایید شما می‌باشد؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر					
بزرگ نظر		تاریخ: / / نام، امضاء و مهر پزشک معتمد:					
		درصد		افزافه نرخ			