



(سهامی عام)

شماره ثبت ۲۰۰۷۲۲

شناسه مدرک: PI-2770-FR-110

شماره بازنگری: 00

### فرم پیشنهاد بیمه نامه مستمري و مکمل بازنشستگي

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

مشخصات بیمه شده (گیرنده مستمري)	نام:	نام خانوادگی:
	کد ملی:	شماره شناسنامه:
	تاریخ تولد/ ثبت:	جنسیت: <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن وضعیت تاهل: <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/> مجرد تحصیلات:
	شغل اصلی:	محل صدور شناسنامه: (حداقل سن ۱۵ سال) / / شغل فرعی:
	نشانی: استان:	نشانی دقیق:
	کد پستی:	تلفن تماس: (با ذکر کد شهر)
	تلفن همراه:	
	عناوین شغلی مانند آزاد، کارگر، کارمند، عنوان رشته تحصیلی و ... مورد قبول نمی باشد.	

بیمه نامه مستمري مشخصات	<input type="checkbox"/> مستمري مادام العمر	مدت تضمین: ..... سال (در صورت درخواست حداقل ۵، حداکثر ۳۰ سال)
	<input type="checkbox"/> مستمري مدت معین قطعی	برگشت حق بیمه یکجا بعد از ۳۰ سال تضمین: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر (در صورتی که برگشت حق بیمه بله انتخاب گردد مدت تضمین می بایست حداقل ۳۰ سال باشد.)
	حق بیمه	مدت بیمه نامه: ..... سال (حداکثر ۳۰ سال) (در مستمري قطعی در طول مدت بیمه نامه پرداخت اقساط تضمین شده می باشد.)
	روش پرداخت مستمري	روش پرداخت: <input type="checkbox"/> یکجا
	روش پرداخت مستمري منظم به روش: <input type="checkbox"/> سالانه <input type="checkbox"/> شش ماهه <input type="checkbox"/> سه ماهه <input type="checkbox"/> ماهانه	پرداخت حق بیمه یکجا به مبلغ (عدد) ..... ریال.
	درصد افزایش سالانه مستمري: <input type="checkbox"/> ۰٪ (ثابت) <input type="checkbox"/> ۵٪ <input type="checkbox"/> ۱۰٪	به حروف ..... ریال.

پوشش های اضافی	<input type="checkbox"/> فوت به هر علت با سرمایه ..... ریال.	<input type="checkbox"/> فوت در اثر حادثه با سرمایه ..... ریال.
	حداکثر (۳,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال)	حداکثر (۶,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال)
	درصد افزایش سرمایه پوشش های اضافی: <input type="checkbox"/> ۰٪ (ثابت) <input type="checkbox"/> ۵٪ <input type="checkbox"/> ۱۰٪	نحوه محاسبه حق بیمه پوشش های اضافی: <input type="checkbox"/> یکجا <input type="checkbox"/> سالانه
مدت بیمه نامه پوشش های اضافی ..... سال (حداکثر معادل مدت بیمه نامه مستمري و حداکثر تا سن ۱۰۰ سالگی بیمه شده)		

اولویت	درصد سهم	نسبت با بیمه شده	محل تولد	تاریخ تولد			شماره شناسنامه	کد ملی	نام پدر	جنسیت	نام و نام خانوادگی	وضعیت فوت بیمه شده	گیرنده مستمري
				روز	ماه	سال							
												در صورت فوت بیمه شده در مدت تضمین (به استثنای وراث قانونی)	
												در صورت فوت بیمه شده در مدت بیمه نامه (در صورت انتخاب پوشش اضافی تکمیل گردد.)	گیرنده سرمایه پوشش های اضافی

محل امضاء	نام بیمه گزار / مهر موسسه / تاریخ و امضاء:	نام بیمه شده، تاریخ و امضاء:
	کد نمایندگی / کارگزاری	مهر، امضاء و نام معرف (نماینده):
	تاریخ: / /	



(سهامی عام)

شماره ثبت ۲۰۰۷۲۲

شناسه مدرک: PI-2770-FR-110

شماره بازنگری: 00

### فرم پیشنهاد بیمه نامه مستمري و مکمل بازنشستگي

حساب بیمه شده	اعلام شماره	خواهشمند است ترتیبی اتخاذ فرمایید مستمري اینجانب ..... به شماره ملی ..... به شماره حساب بانکی ..... بانک
	شعبه	شعبه ..... کد شعبه ..... و شماره شبای واریز گردد.
IR		

مستمري	شرایط بیمه نامه	۱. بیمه گزار محترم، چنانچه حق بیمه حداکثر تا سه روز پس از تاریخ شروع بیمه نامه، تسویه نشود این پیشنهاد از اعتبار ساقط می باشد و نیاز به محاسبه مجدد خواهد داشت. ۲. گیرنده اقساط بیمه نامه مستمري، در زمان حیات بیمه شده، شخص ایشان می باشد و در صورت فوت بیمه شده در مدت تضمین ذی نفع ایشان می باشد. ۳. امکان بهره مندی از منافع بیمه نامه شامل وام و باز خرید با بیمه گزار خواهد بود و مبالغ پرداختی در وجه بیمه گزار واریز می گردد. ۴. بیمه شده موظف است تمامی شرایط بیمه نامه مستمري را به اطلاع هر یک ذی نفعان حیات و فوت برساند. ۵. در صورت فوت بیمه شده، مراتب ظرف حداکثر ۱۰ روز جهت تشکیل پرونده و دریافت مزایای بیمه نامه انجام گیرد.
--------	-----------------	---

سوابق بیمه ای	یا در حال حاضر پیشنهاد بیمه مستمري، 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 نمایید).				
	شرکت بیمه گر	نوع بیمه نامه	وضعیت پیشنهاد / بیمه نامه		شرح
			در جریان صدور	صدور	

ردیف	شرکت بیمه گر	نوع پوشش	علت خسارت	مبلغ خسارت	تاریخ وقوع خسارت
۱					
۲					
۳					
۴					

محل امضاء	پنجانبان (بیمه شده و بیمه گزار) امضاء کنندگان این پیشنهاد اعلام می نمایم 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 یا سایر تبعات (حسب قانون) خواهد شد. همچنین بیمه گر اجازه دارد هرگونه اطلاعاتی را که در مورد وضع سلامت بیمه شده یا سایر موضوعات مرتبط با بیمه نامه نیاز باشد کسب نماید.					
	<table border="0"> <tr> <td>نام بیمه گزار / موسسه:</td> <td>نام بیمه شده:</td> </tr> <tr> <td>امضای بیمه گزار / مهر موسسه:</td> <td>امضای بیمه شده:</td> </tr> <tr> <td>تاریخ: / /</td> <td>تاریخ: / /</td> </tr> </table>	نام بیمه گزار / موسسه:	نام بیمه شده:	امضای بیمه گزار / مهر موسسه:	امضای بیمه شده:	تاریخ: / /
نام بیمه گزار / موسسه:	نام بیمه شده:					
امضای بیمه گزار / مهر موسسه:	امضای بیمه شده:					
تاریخ: / /	تاریخ: / /					

فروشنده بیمه	کد نمایندگی / کارگزاری	
	مهر، امضاء و نام معرف (نمایندگی):	آیا درباره شرایط بیمه عمر اطلاعات کامل در اختیار بیمه گزار و بیمه شده قرارداد داده اید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر آیا صحت امضای بیمه شده و بیمه گزار مورد تایید شما می باشد؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر
	تاریخ: / /	



(سهامی عام)

شماره ثبت ۲۰۰۷۲۲

شناسه مدرک: PI-2770-FR-110

شماره بازنگری: 00

### فرم پیشنهاد بیمه نامه مستمري و مکمل بازنشستگي

در صورت انتخاب پوشش های اضافی برای بیمه شده به سوالات وضعیت سلامت بیمه شده و خانواده وی و سوالات عمومی پاسخ دهید:  
نام و نام خانوادگی بیمه شده:

ردیف	بیماری (سوابق بیماری)	ردیف	بیماری (سوابق بیماری)	ردیف	بیماری (سوابق بیماری)															
۱	بیماری های دستگاه تنفسی (سرفه مزمن، آسم، تنگی نفس، خلط خونی یا چرکی و ...)	۲	بیماری های قلب و عروق (درد قفسه سینه، تنگی نفس فعالیتی، سکنه قلبی، واریس، تپش قلب، ...)	۳	بیماری های خونی (سابقه تزریق خون، کم خونی، خونریزی بدون علت و طولانی از هر قسمت بدن)															
۵	بیماری های اعصاب و روان (افسردگی، اضطراب، تشویش، وسواس، سابقه خودکشی و ...)	۶	بیماری های داخلی اعصاب (تشنج، سکنه مغزی، مشکلات حرکتی، فراموشی و ...)	۷	بیماری های کلیه و مجاری ادرار (پرستات، خون در ادرار، سوزش ادرار، سنگ کلیه و ...)															
۹	بیماری های پوستی (خونریزی یا خونمردگی زیرپوستی، خال های بزرگ در حال رشد، غده های پوستی)	۸	بیماری های گوش، حلق و بینی (سرگیجه، خونریزی بینی، کاهش شنوایی، ترشحات چرکی یا خون از گوش)	۹	بیماری های پوستی (خونریزی یا خونمردگی زیرپوستی، خال های بزرگ در حال رشد، غده های پوستی)															
۱۱	بیماری های غده، داخلی و تیروئید (تغییر وزن، کاهش و افزایش اشتها، تعریق فراوان، چربی خون بالا)	۱۰	بیماری های استخوانی، عضلات، مفاصل و ...	۱۱	بیماری های غده، داخلی و تیروئید (تغییر وزن، کاهش و افزایش اشتها، تعریق فراوان، چربی خون بالا)															
۱۳	بیماری های چشمی (ضربه به چشم، پارگی مویرگ ها، تاری دید، دوبینی، ضعف یا کاهش بینایی و ...)	۱۲	بیماری های عفونی (سل، هیپاتیت، حصیه، تب مالت، مالاریا، ایدز، کیست هیداتیک، آبله مرغان و ...)	۱۳	بیماری های چشمی (ضربه به چشم، پارگی مویرگ ها، تاری دید، دوبینی، ضعف یا کاهش بینایی و ...)															
۱۵	آیا دارای فشار خون هستید؟	۱۴	آیا در شش ماه گذشته کاهش وزن داشته اید؟	۱۵	آیا دارای فشار خون هستید؟															
۱۷	آیا مورد عمل جراحی قرار گرفته اید یا سابقه بستری در بیمارستان، آسایشگاه یا مراکز درمانی دارید؟	۱۶	آیا دارای دیابت هستید؟	۱۷	آیا مورد عمل جراحی قرار گرفته اید یا سابقه بستری در بیمارستان، آسایشگاه یا مراکز درمانی دارید؟															
۱۹	آیا سابقه سرطان، بدخیمی یا تومور داشته اید؟	۱۸	آیا سابقه تصادف، حادثه یا سقوط داشته اید یا دچار شکستگی، نقص عضو یا ازکارافتادگی شده اید؟	۱۹	آیا سابقه سرطان، بدخیمی یا تومور داشته اید؟															
۲۱	آیا بیماری های زنانه دارید یا دچار ترشح، خونریزی، درد یا توده در پستان و ... شده اید؟	۲۰	آیا به بیماری یا عارضه دیگری مبتلا شده اید که ذکر نشده باشد؟	۲۱	آیا بیماری های زنانه دارید یا دچار ترشح، خونریزی، درد یا توده در پستان و ... شده اید؟															
۲۲	در صورتی که به علت معافیت پزشکی، از خدمت سربازی معاف شده اید، ضمن ارسال کپی کارت معافیت، ماده، بند و علت معافیت ذکر گردد. ماده: ..... بند: ..... علت:	۲۲	آیا در حال حاضر باردار هستید یا دچار عوارض و بیماری های ناشی از حاملگی و زایمان شده اید؟	۲۲	در صورتی که به علت معافیت پزشکی، از خدمت سربازی معاف شده اید، ضمن ارسال کپی کارت معافیت، ماده، بند و علت معافیت ذکر گردد. ماده: ..... بند: ..... علت:															
۲۴	آیا از دارو برای بیماری طولانی مدت استفاده می کنید؟ آیا در حال حاضر به علت بیماری یا مورد خاص تحت مداوا یا مشاوره پزشکی قرار دارید؟	۲۴	آیا از دارو برای بیماری طولانی مدت استفاده می کنید؟ آیا در حال حاضر به علت بیماری یا مورد خاص تحت مداوا یا مشاوره پزشکی قرار دارید؟	۲۴	آیا از دارو برای بیماری طولانی مدت استفاده می کنید؟ 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. □ دخانیات (سیگار، قلیان، ...) □ مشروبات الکلی □ مواد مخدر، محرک و روان گردان □ هیچکدام	۲۵	در صورت استفاده از موارد ذکر شده، مقدار، نوع و مدت مصرف را اعلام نمایید. □ دخانیات (سیگار، قلیان، ...) □ مشروبات الکلی □ مواد مخدر، محرک و روان گردان □ هیچکدام	۲۵	در صورت استفاده از موارد ذکر شده، مقدار، نوع و مدت مصرف را اعلام نمایید. □ دخانیات (سیگار، قلیان، ...) □ مشروبات الکلی □ مواد مخدر، محرک و روان گردان □ هیچکدام															
قد بیمه شده	سنتی متر.	وزن بیمه شده	کیلوگرم.	قد بیمه شده	سنتی متر.															
در صورت مثبت بودن هر کدام از سوالات بالا، موارد را به طور کامل توضیح دهید. ذکر نام بیماری، زمان شروع بیماری و درمان های صورت گرفته (سرپایی یا بستری)، نوع، میزان و مدت زمان داروی مصرفی، وضعیت فعلی (بیمه شده)، میزان نقص عضو احتمالی ضروری است.																				
<p>آیا از موتورسیکلت استفاده می نمایید؟ □ خیر □ بلی (موارد استفاده را شرح دهید).</p> <p>آیا رشته (های) ورزشی خاصی را انجام می دهید؟ □ خیر □ بلی، تفریحی □ بلی، حرفه ای. نام رشته (های) ورزشی:</p> <p>آیا مسافرت مستمر/ ماموریت کاری برون شهری انجام می دهید؟ □ خیر □ بلی (تعداد مسافرت ماهانه، وسیله نقلیه و مقصد را بیان نمایید).</p> <p>اگر فعالیت های جنبی دیگری انجام می دهید بیان نمایید.</p>																				
<p>در صورتی که بستگان درجه یک شما (پدر، مادر، خواهر یا برادر) به بیماری هایی از قبیل سل، تشنج، سرطان، بیماری قلبی، فشارخون، دیابت، نارسایی کلیه، سکنه مغزی، سکنه قلبی، بیماری مادرزادی، زنتیکی و یا بیماری روحی و عصبی مبتلا بوده یا می باشد یا دچار مرگ زودرس (مرگ زیر ۶۰ سال) شده اند، جدول زیر تکمیل گردد.</p> <p>وضعیت (در صورت حیات، وضعیت "سلامت، نوع بیماری" و در صورت فوت "علت" آن را شرح دهید)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>نسبت با بیمه شده</th> <th>سن</th> <th>حیات</th> <th>فوت</th> <th>شرح</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>						نسبت با بیمه شده	سن	حیات	فوت	شرح										
نسبت با بیمه شده	سن	حیات	فوت	شرح																
<p>تاریخ: / / نام، امضا و مهر پزشک معتمد:</p> <p>اضافه نرخ: درصد.</p>																				
<p>نام بیمه گذار/ نام موسسه:</p> <p>امضاء بیمه گذار/ مهر موسسه:</p> <p>تاریخ: / /</p> <p>نام بیمه شده:</p> <p>امضاء بیمه شده:</p> <p>تاریخ: / /</p> <p>مهر، امضاء و نام معرف (نماینده):</p> <p>تاریخ: / /</p>																				