فرم پیشنهاد بیمه زندگی

پارسیان (سهامی عام)
شماره ثبت ۲۰۰۷۲۲

پیشنهاد دهنده گرامی، خواهشمند است به همه پرسش‌های درج‌شده در این فرم با صداقت و به صورت کامل و خوانا پاسخ داده و سپس امضاء فرمایید. شرط اصلی اعتبار بیمه‌نامه در صورت صدور، صحت اطلاعات درج‌شده در این فرم و پاسخ‌های شما بوده و به آن استناد خواهد شد. همچنین تکمیل این فرم هیچ تعهدی را برای بیمه‌گر ایجاد نمی‌نماید.

مشخصات بیمه‌گذار

نام: | نام‌خانوادگی/ نام موسسه:

کد ملی: | شماره شناسنامه: | نام پدر: | محل تولد:

تاریخ تولد/ تاریخ ثبت: / / | محل صدور شناسنامه: | جنسیت: ☐ مرد ☐ زن | وضعیت تاهل: ☐ متاهل ☐ مجرد | تحصیلات:

شغل اصلی: | شغل فرعی: (عناوین شغلی مانند آزاد، کارگر، کارمند، عنوان رشته تحصیلی و ... مورد قبول نمی‌باشد.)

نشانی: استان | شهر | نشانی دقیق:

کد پستی: | تلفن تماس: (با ذکر کد شهر) | تلفن همراه: | نسبت با بیمه‌شده: ☐ خود شخص ☐ سایر .....

مشخصات بیمه شده

نام: | نام‌خانوادگی:

کد ملی: | شماره شناسنامه: | نام پدر: | محل تولد:

تاریخ تولد/ تاریخ ثبت: / / | محل صدور شناسنامه: | جنسیت: ☐ مرد ☐ زن | وضعیت تاهل: ☐ متاهل ☐ مجرد | تحصیلات:

شغل اصلی: | شغل فرعی: (عناوین شغلی مانند آزاد، کارگر، کارمند، عنوان رشته تحصیلی و ... مورد قبول نمی‌باشد.)

نشانی: استان | شهر | نشانی دقیق:

کد پستی: | تلفن تماس: (با ذکر کد شهر) | تلفن همراه:

مشخصات بیمه‌نامه

نوع بیمه‌نامه: ☐ عمر و سرمایه‌گذاری ☐ عمر ساده زمانی ☐ عمر مانده بدهکار با حق بیمه یکجا

سرمایه فوت: ..... ریال. | **ضریب تعدیل سرمایه فوت:** ☐ ۰٪ (ثابت) ☐ ۵٪ ☐ ۱۰٪ ☐ ۱۵٪ ☐ ۲۰٪

روش و میزان پرداخت حق‌بیمه:
☐ حق‌بیمه یکجا | پرداخت حق‌بیمه یکجا به مبلغ (عدد) ..... ریال.
☐ حق‌بیمه اولیه به روش ☐ ماهانه ☐ سه‌ماهه ☐ شش‌ماهه ☐ سالانه به مبلغ (عدد) ..... ریال.
و پرداخت مبلغ اندوخته اولیه به مبلغ (عدد) ..... ریال.

مدت بیمه‌نامه: سال. | **درصد ضریب تعدیل حق بیمه:** ☐ ۰٪ (ثابت) ☐ ۵٪ ☐ ۱۰٪ ☐ ۱۵٪ ☐ ۲۰٪ ☐ سایر ..... درصد.

در صورت انتخاب بیمه عمر مانده بدهکار، مانده وام دریافتی را نیز اعلام نمایید. | **مانده وام دریافتی:** ..... ریال.

پوشش‌های اضافی

☐ فوت در اثر حادثه با سرمایه ..... ریال. ☐ نقص عضو یا از کارافتادگی دایم با سرمایه ..... ریال.
☐ پرداخت مقرری روزانه بستری شدن در مراکز درمانی مجاز با سرمایه ..... ریال. ☐ پرداخت هزینه پزشکی با سرمایه ..... ریال.
☐ پرداخت مستمری در صورت از کارافتادگی دایم و کامل با ضریب ..... برابر حق‌بیمه ☐ پرداخت سرمایه بیکاری در صورت از کارافتادگی دایم و کامل با سرمایه ..... ریال.
☐ امراض خاص با سرمایه ..... ریال. ☐ معافیت از پرداخت کل حق بیمه در صورت از کارافتادگی دایم و کامل منظور کردن حق بیمه پوشش‌ها در حق بیمه اولیه ☐ بلی ☐ خیر

مشخصات استفاده‌کنندگان از سرمایه بیمه‌نامه

مشخصات	نام و نام‌خانوادگی/ نام موسسه	جنسیت	نام پدر	کد ملی/ شناسه ملی	شماره شناسنامه/ شماره ثبت	تاریخ تولد/ ثبت: روز	ماه	سال	محل تولد/ محل ثبت	نسبت با بیمه‌شده	درصد سهم	اولویت
در صورت فوت بیمه‌شده												
در صورت حیات بیمه‌شده												

در صورت تحقق خطر ناشی از پوشش امراض خاص، چنانچه بیمه‌شده قبل از دریافت منافع پوشش مزبور، فوت نماید، منافع مربوط به استفاده‌کننده (گان) فوت پرداخت خواهد شد.

سوالات عمومی (بیمه‌شده)

آیا از موتورسیکلت دنده‌ای استفاده می‌نمایید؟ ☐ خیر ☐ بلی (موارد استفاده را شرح دهید.)
آیا رشته(های) ورزشی خاصی را انجام می‌دهید؟ ☐ خیر ☐ بلی، تفریحی ☐ بلی، حرفه‌ای. نام رشته (های) ورزشی: .....
محل سکونت و محل کار بیمه‌شده: ☐ در یک شهر قرار دارد ☐ در دو شهر مختلف قرار دارد فاصله محل کار تا محل سکونت ..... (کیلومتر)،
وسیله نقلیه‌ای که به طور معمول برای جابه‌جایی استفاده می‌شود را نام ببرید: .....
آیا مسافرت مستمر/ ماموریت کاری برون شهری انجام می‌دهید؟ ☐ خیر ☐ بلی (تعداد مسافرت ماهانه، وسیله نقلیه و مقصد را بیان نمایید.)
اگر فعالیت‌های جنبی دیگری انجام می‌دهید بیان نمایید.

محل امضا

نام بیمه‌گذار/ مهر موسسه، تاریخ و امضاء: | نام بیمه‌شده، تاریخ و امضاء:

کد نمایندگی/ کارگزاری:

مهر، امضاء و نام نمایندگی/ کارگزاری:

تاریخ: / /

فرم پیشنهاد بیمه زندگی

(سهامی عام)
شماره ثبت ۲۰۰۷۲۲

نام و نام خانوادگی بیمه‌شده:

وضعیت سلامتی بیمه شده

ردیف	بیماری (سوابق بیماری)	بلی	خیر	ردیف	بیماری (سوابق بیماری)	بلی	خیر
سوالات کلی 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، سکته قلبی، واریس، تپش‌قلب، ..)		
۳	بیماری‌های خونی (سابقه تزریق خون، کم‌خونی، خون‌ریزی بدون علت و طولانی از هر قسمت بدن)			۴	بیماری‌های گوارشی (کبد، 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، سکته 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 غدد، داخلی و تیروئید (تغییر وزن،کاهش و افزایش اشتها، تعریق فراوان،چربی خون بالا)			۱۲	بیماری‌های عفونی (سل، هپاتیت، حصبه، 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 ازکارافتادگی شده‌اید؟		
۱۹	آیا سابقه سرطان، بدخیمی یا تومور داشته‌اید؟			۲۰	آیا به بیماری یا عارضه دیگری مبتلا شده‌اید که ذکر نشده باشد؟		
مخصوص بانوان 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؟		
مخصوص آقایان ۲۳	در صورتی‌که به علت معافیت پزشکی، از خدمت سربازی معاف شده‌اید، ضمن ارسال کپی کارت معافیت، ماده، بند و علت معافیت ذکر گردد. ماده: ..... بند: ..... علت:						
سایر موارد 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.☐ دخانیات (سیگار، قلیان،...) ☐ مشروبات الکلی ☐ مواد مخدر، محرک و روان‌گردان ☐ هیچکدام						

قد بیمه‌شده	سانتی‌متر.	وزن بیمه‌شده	کیلوگرم.

توضیحات

در صورت مثبت بودن هرکدام 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 صورتی‌که بستگان درجه یک شما (پدر، مادر، خواهر یا برادر) به بیماری‌هایی از قبیل سل، تشنج، سرطان، بیماری قلبی، فشارخون، دیابت، نارسایی کلیه، سکته مغزی، سکته 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.

نسبت با بیمه‌شده	سن	وضعیت (در صورت حیات، وضعیت "سلامت، نوع بیماری" و در صورت فوت "علت" آن را شرح دهید)		
		حیات	فوت	شرح

سوابق بیمه‌ای

آیا در حال حاضر پیشنهاد بیمه عمـر یا حادثه در جریان صدور یا صادر شده دارید؟ ☐ بلی ☐ خیر (در صورت مثبت بودن، جدول زیر را تکمیل کنید.)

شرکت بیمه‌گر	نوع بیمه‌نامه	وضعیت پیشنهاد/ بیمه‌نامه		تاریخ صدور	سرمایه فوت (ریال)		شرح
		درجریان صدور	صدور		بیمه‌نامه عمر	بیمه‌نامه حادثه	
				/ /			

محل امضا

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.

نام بیمه‌گذار/ نام موسسه:	نام بیمه‌شده:
امضاء بیمه‌گذار/ مهر موسسه:	امضاء بیمه‌شده:
تاریخ: / /	تاریخ: / /

فروشنده بیمه

آیا درباره شرایط بیمه عمر اطلاعات کامل در اختیار بیمه‌گذار و بیمه‌شده گذارده‌اید؟ ☐ بلی ☐ خیر

آیا صحت امضاء بیمه‌شده و بیمه‌گذار مورد تایید شما می‌باشد؟ ☐ بلی ☐ خیر

کد نمایندگی/ کارگزاری	
مهر، امضاء و نام نمایندگی/ کارگزاری:	
تاریخ: / /	

نظر پزشک معتمد

تاریخ: / / نام، امضاء و مهر پزشک معتمد:

اضافه نرخ	درصد