



(سهامی عام)

شماره ثبت ۲۰۰ ۷۲۲

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

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

بیمه نامه مشخصات	سرمایه فوت	ریال -	ضریب تعدیل سرمایه فوت	☐ ۰ (ثابت) ☐ ۵٪ ☐ ۱۰٪ ☐ ۱۵٪ ☐ ۲۰٪ ☐ ۲۵٪ ☐ ۳۰٪
	روش پرداخت	حق بیمه به روش: ☐ ماهانه ☐ سه ماهه ☐ شش ماهه ☐ سالانه ☐ یکجا		
	مدت بیمه نامه	 سال.		

افزافی	☐ فوت در اثر حادثه با سرمایه ریال. (ضریب تعدیل پوشش فوت حادثه همانند پوشش فوت به هر علت می باشد.)
--------	--

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

سوال (بیمه شده)	آیا از موتورسیکلت استفاده می نمایید؟ ☐ خیر ☐ بلی (موارد استفاده را شرح دهید).
	آیا رشته (های) ورزشی خاصی را انجام می دهید؟ ☐ خیر ☐ بلی، تفریحی ☐ بلی، حرفه ای. نام رشته (های) ورزشی:
محل امضا	آیا مسافرت مستمر/ مأموریت کاری برون شهری انجام می دهید؟ ☐ خیر ☐ 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 ۲۰۰ ۷۲۲

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 فعالیت، سکت قلبی، واریس، تپش قلب، ...)		
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، 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 غدد، داخلی و تیروئید (تغییر وزن، کاهش و افزایش اشتها، تعریق فراوان، چربی خون بالا)			۱۲	بیماری‌های عفونی (سل، هیاتیت، 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 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. □ دخانیات (سیگار، قلیان، ...) □ مشروبات الکلی □ مواد مخدر، محرک و روان‌گردان □ هیچکدام						
قد بیمه‌شده		وزن بیمه‌شده		سانتی‌متر. / کیلوگرم.			
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 صورتی که بستگان درجه یک شما (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.							
نسبت با بیمه‌شده		سن	حیات	فوت	وضعیت (در صورت حیات، وضعیت "سلامت، نوع بیماری" و در صورت فوت "علت" آن را شرح دهید)		
شرح							
سوابق بیمه‌ای							
آیا در حال حاضر پیشنهاد بیمه عمر 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
		در جریان صدور	صدور		بیمه‌نامه عمر	بیمه‌نامه حادثه	
				/ /			
محل امضا							
نام بیمه‌گذار / نام موسسه:				نام بیمه‌شده:			
امضاء بیمه‌گذار / مهر موسسه:				امضاء بیمه‌شده:			
تاریخ: / /				تاریخ: / /			
فروشنده بیمه							
آیا دربارہ 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							
پزشک معتمد							
تاریخ: / / نام، امضاء و مهر پزشک معتمد:							
نظر	اضافه نرخ	درصد					
تاریخ: / /							