



(سهامی عام)

شماره ثبت ۲۰۰۲۲۲

فرم پیشنهاد بیمه نامه مانده بدهکار

شناسه مدرک: PI-2410-FR-110

شماره بازنگری: 00

پیشنهاد دهنده گرامی، خواهشمند است به همه پرسش‌های درج شده 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 درج شده در این فرم و پاسخ‌های شما بوده و به آن استناد خواهد شد. همچنین تکمیل این فرم هیچ تعهدی را برای بیمه‌گر ایجاد نمی‌نماید.

نام خانوادگی:	نام:
شماره شناسنامه:	کد ملی:
نام پدر:	تاریخ تولد: / /
محل تولد:	محل صدور شناسنامه:
شغل اصلی:	شهر / نشانی دقیق:
تلفن همراه:	نشانی استان:
کد پستی:	

نام خانوادگی:	نام:
شماره شناسنامه:	کد ملی:
نام پدر:	تاریخ تولد: / /
محل تولد:	محل صدور شناسنامه:
شغل اصلی:	شهر / نشانی دقیق:
تلفن همراه:	نشانی استان:
کد پستی:	

مدت بازپرداخت وام: سال.	مبلغ وام (اصل و بهره): ریال.
-------------------------------	------------------------------------

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

ردیف	بیماری (سوابق بیماری)	خبر	بلی
۱	بیماری‌های قلب و عروق (درد قفسه سینه، سکنه قلبی، واریس، تپش قلب و ...)، کلیه و مجاری ادرار (پروستات، سنگ کلیه و ...) یا بیماری‌های دستگاه تنفسی (سرفه مزمن، آسم، تنگی نفس و ...)		
۲	بیماری‌های خونی (سابقه تزریق خون، کم‌خونی، ...)، بیماری‌های گوارشی (کبد، پانکراس، دردهای طولانی مدت شکمی، ...)، بیماری‌های پوستی (خون‌ریزی یا خون‌مردگی زیرپوستی، خال‌های بزرگ در حال رشد، غده‌های پوستی) یا بیماری‌های غده، داخلی و تیروئید (تغییر وزن، تعریق فراوان، چربی خون بالا، ...)		
۳	بیماری‌هایی از قبیل دیابت، فشار خون، سرطان، تومور، روماتیسم و بیماری‌های اسکلتی و عضلانی یا بیماری‌های عفونی (سل، هیپاتیت، حبصه، تب مالت، مالاریا، ایدز، کیست هیداتیک، آبله مرغان و ...)		
۴	بیماری‌های گوش، حلق و بینی (سرگیجه، خونریزی بینی، کاهش شنوایی، ...) یا بیماری‌های چشمی (ضربه به چشم، پارگی مویرگ‌های چشم، تاری دید، دوربینی، کاهش بینایی، ...)		
۵	بیماری‌های اعصاب و روان (افسردگی، اضطراب، سابقه خودکشی و ...)، بیماری‌های داخلی اعصاب (تشنج، سکنه مغزی، مشکلات حرکتی، فراموشی و ...) یا خونریزی مغزی		
۶	آیا سابقه مصرف دارو برای طولانی مدت دارید؟		
۷	آیا سابقه عمل جراحی یا بستری شدن در بیمارستان، آسایشگاه و یا سایر مراکز درمانی را دارید؟		
۸	آیا به بیماری یا عارضه دیگری مبتلا شده‌اید که ذکر نشده باشد؟		
۹	آیا در حال حاضر به علت بیماری یا مورد خاص تحت مداوا یا مشاوره پزشکی قرار دارید؟		
۱۰	آیا در حال حاضر باردار هستید یا دچار عوارض و بیماری‌های ناشی از حاملگی و زایمان شده‌اید؟ آیا بیماری‌های زنانه دارید یا دچار ترشح، خونریزی، درد یا توده در پستان و ... شده‌اید؟		
۱۱	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:		
	قد بیمه شده	سنتی متر.	وزن بیمه شده
			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 (سربایی یا بستری)، نوع، میزان و مدت زمان داروی مصرفی، وضعیت فعلی (بیمه شده)، میزان نقص عضو احتمالی ضروری است.

آیا در حال حاضر پیشنهاد بیمه 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 بیمه‌گر	نوع بیمه‌نامه	وضعیت پیشنهاد / بیمه‌نامه	تاریخ صدور	سرمایه فوت (ریال)	شرح
		در جریان صدور	صدور	بیمه‌نامه عمر	بیمه‌نامه حادثه
			/ /		

اینجانبان (بیمه شده و بیمه‌گزار) امضاء کنندگان 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 بیمه شده یا سایر موضوعات مرتبط با بیمه‌نامه نیاز باشد کسب نماید.	
نام بیمه‌گذار / نام موسسه:	نام بیمه شده:
امضاء بیمه‌گذار / مهر موسسه:	امضاء بیمه شده:
تاریخ: / /	تاریخ: / /

آیا دربار شرایط بیمه عمر اطلاعات کامل در اختیار بیمه‌گزار و بیمه شده گذارده‌اید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	آیا صحت امضاء بیمه شده و بیمه‌گزار مورد تایید شما می‌باشد؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر
تاریخ: / / نام، امضاء و مهر پزشک معتمد:	تاریخ: / / نام، امضاء و مهر پزشک معتمد:
افزایش نرخ	درصد: