

پیشنهاد بیمه عمر انفرادی



شماره ثبت ۰۰۷۷۲
(سپاهی عام)

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

نام خانوادگی:	نام:
کد ملی:	کد ملی:
تاریخ تولد: / / 13 وضعیت تأهل: <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/> مجرد	تاریخ تولد: / / 13 وضعیت تأهل: <input type="checkbox"/> متأهل <input type="checkbox"/> مجرد
شماره شناسنامه: <input type="checkbox"/> مرد <input checked="" type="checkbox"/> زن شغل فرعی:	شماره شناسنامه: <input type="checkbox"/> مرد <input checked="" type="checkbox"/> زن شغل فرعی:
نام پدر: محل صدور: تحقیقات: <input type="checkbox"/> درآمد ماهیانه: ریال.	نام پدر: محل صدور: تحقیقات: <input type="checkbox"/> درآمد ماهیانه: ریال.
(اطفال نوع شغل یا کاری را که به آن اشتغال دارید، به صورت دقیق ذکر نمایید. عنوان شغلی مانند آزاد، کارگر، کارمند، عنوان رشته تحصیلی و ... مورد قبول نمی‌باشد.)	
نام خانوادگی:	نام:
کد ملی:	کد ملی:
تاریخ تولد: / / 13 وضعیت تأهل: <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/> مجرد	تاریخ تولد: / / 13 وضعیت تأهل: <input type="checkbox"/> متأهل <input type="checkbox"/> مجرد
شماره شناسنامه: <input type="checkbox"/> مرد <input checked="" type="checkbox"/> زن شغل فرعی:	شماره شناسنامه: <input type="checkbox"/> مرد <input checked="" type="checkbox"/> زن شغل فرعی:
نام پدر: محل صدور: تحقیقات: <input type="checkbox"/> درآمد ماهیانه: ریال.	نام پدر: محل صدور: تحقیقات: <input type="checkbox"/> درآمد ماهیانه: ریال.
(اطفال نوع شغل یا کاری را که به آن اشتغال دارید، به صورت دقیق ذکر نمایید. عنوان شغلی مانند آزاد، کارگر، کارمند، عنوان رشته تحصیلی و ... مورد قبول نمی‌باشد.)	
نام خانوادگی:	نام:
کد ملی:	کد ملی:
تاریخ تولد: / / 13 وضعیت تأهل: <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/> مجرد	تاریخ تولد: / / 13 وضعیت تأهل: <input type="checkbox"/> متأهل <input type="checkbox"/> مجرد
شماره شناسنامه: <input type="checkbox"/> مرد <input checked="" type="checkbox"/> زن شغل فرعی:	شماره شناسنامه: <input type="checkbox"/> مرد <input checked="" type="checkbox"/> زن شغل فرعی:
نام پدر: محل صدور: تحقیقات: <input type="checkbox"/> درآمد ماهیانه: ریال.	نام پدر: محل صدور: تحقیقات: <input type="checkbox"/> درآمد ماهیانه: ریال.
(اطفال نوع شغل یا کاری را که به آن اشتغال دارید، به صورت دقیق ذکر نمایید. عنوان شغلی مانند آزاد، کارگر، کارمند، عنوان رشته تحصیلی و ... مورد قبول نمی‌باشد.)	

نوع بیمه‌نامه	نام
سرمایه‌فوت	کد ملی:
روش و میزان پرداخت حق بیمه	تاریخ تولد: / / 13 وضعیت تأهل: <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/> مجرد
مدت بیمه‌نامه	نام خانوادگی:
□ عمر و سرمایه‌گذاری □ عمر ساده زمانی □ عمر ساده بدھکار با حق بیمه یکجا	
%20 □ %15 □ %10 □ %5 □ %0 □ (نابت) ریال	
نرخ افزایش سرمایه‌فوت	
□ حق بیمه یکجا	
پرداخت حق بیمه اولیه به مبلغ (حروف، عدد)..... ریال.	
□ حق بیمه اولیه و حق بیمه منظم	
پرداخت حق بیمه منظم: <input type="checkbox"/> ماهانه <input type="checkbox"/> شش ماهه <input type="checkbox"/> سه ماهه <input type="checkbox"/> سالانه به مبلغ (عدد)..... ریال.	
□ حق بیمه منظم	
پرداخت حق بیمه منظم: <input type="checkbox"/> ماهانه <input type="checkbox"/> شش ماهه <input type="checkbox"/> سه ماهه <input type="checkbox"/> سالانه به مبلغ (عدد)..... ریال.	
□ مدت بیمه‌نامه	
□ در صورت انتخاب بیمه عمر مانده بدھکار، مانده وام دریافتی را نیز اعلام نمایید.	
□ فوت در اثر حادثه با سرمایه..... ریال.	
□ پرداخت هزینه پزشکی ناشی از حادثه	
□ معافیت از پرداخت هزینه‌های بیمه‌نامه در صورت از کارافتادگی دائم و کامل ناشی از (بیماری یا حادثه)	
□ پرداخت سرمایه بیمه کاری در صورت از کارافتادگی دائم و کامل ناشی از (بیماری یا حادثه)	
□ حق بیمه پوشش‌های اضافی و مالیات بر ارزش افزوده مازاد برحق بیمه پایه محاسبه گردید. <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	
□ امراض خاص	
پوشش‌های اضافی	
برای انتخاب بیمه عمر مانده بدھکار، مانده وام دریافتی را نیز اعلام نمایید.	

مشخصات استفاده کنندگان از سرمایه‌بیمه‌نامه	نام
مشخصات پیشنهاد	نام
نام موسسه (نام موسسه)	کد ملی (شماره ثبت)
نام پدر	شماره شناسنامه
تاریخ تولد (تاریخ ثبت) (محل ثبت)	محل تولد
نسبت با بیمه‌شده	درصد سهم
اوپویت	

قد بیمه شده	سانتی متر.	وزن بیمه شده	کد نمایندگی
وضعیت انجام نظام وظیفه: <input type="checkbox"/> انجام خدمت وظیفه عمومی <input type="checkbox"/> معافیت پزشکی: <input type="checkbox"/> بند: و ماده: علت معافیت: <input type="checkbox"/> عدم انجام خدمت وظیفه عمومی <input type="checkbox"/> غیر مشمول			
آیا از متورسیکلت دندن‌های استفاده می‌نمایید؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی، بدندرت <input type="checkbox"/> بلی، به طور مستمر (موارد استفاده را شرح دهید). آیا رشته‌های (ورزشی خاصی را انجام می‌دهید؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی، تفریحی <input type="checkbox"/> بلی، حرفاًی <input type="checkbox"/> بلی، حرفاًی (رشته‌های) ورزشی: آیا مسافت مستمر/ ماموریت کاری برون شهری انجام می‌دهید؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی (تعداد مسافت ماهانه، وسیله نقلیه و مقصد را بیان نمایید). اگر فعالیت‌های جنبی دیگری انجام می‌دهید بیان نمایید؟			
محل امضاء	نام بیمه‌گذار، تاریخ و امضاء:	نام بیمه‌شده، تاریخ و امضاء:	تاریخ: / / 13

پیشنهاد بیمه عمر انفرادی

ردیف	بیماری	بلی	خر	ردیف	بیماری های دستگاه تنفسی (سرقه مزمن، آسم، تنگی نفس، حلط خونی با چربکی و...)	بلی	خر	ردیف	بیماری های قلب و عروق (درد قفسه سینه، تنگی نفس فعالیتی، سکته قلبی، اریس، تپش قلب...)	بلی	خر
1	بیماری های قلب و عروق (درد قفسه سینه، تنگی نفس فعالیتی، سکته قلبی، اریس، تپش قلب...)	2		3	بیماری های خونی (سابقه تزریق خون، کم خونی، خونریزی بدون علت و طولانی از هر قسمت بدن)			4	بیماری های گواراشی (اکید، زردی یا برقان، دردهای طولانی مدت شکمی، نهضه، پانکراس (لوزالمعده) و...)		
5	بیماری های اعصاب و روان (افسردگی، اضطراب، تشویش، وسواس، سابقه خودکشی و...)			6	بیماری های اعصاب داخلی اعصاب (تشنج، سکته مغزی، مشکلات حرکتی، فراموشی و...)			7	بیماری های کلیه و مجرای ادرار (بروستات، خون در ادرار، سوزش ادرار، سنگ کلیه و....)		
8	بیماری های گوش، حلق و بینی (سرگیجه، خونریزی بینی، کاهش شنوایی، ترشحات حرکتی با خون از گوش...)			9	بیماری های استخوانی، عضلات و مفاصل و...			10	بیماری های غفعی (بل، هپاتیت، حصبه، تب مالت، مالاریا، ایمز، کیست هیداتیک، آبله مرغان و...)		
11	بیماری های غدد، داخلی، تبروئید (تبیر وزن، کاهش با افزایش اشتتها، تعریق فراوان، چربی خون بالا...)			12	آیا دارای دیابت هستید؟			13	آیا دارای فشار خون هستید؟		
14	آیا ساقیه تومور داشته اید؟			15	آیا سابقه سرطان و بدینهیمی داشته اید؟			16	آیا مورد عمل جراحی قرار گرفته اید؟		
17	آیا مورد عمل جراحی قرار گرفته اید؟			18	آیا دچار نقص عضو شده اید؟			19	آیا دچار از کارافتادگی شده اید؟		
20	آیا به بیماری یا عرضه دیگری مبتلا شده اید که ذکر نشده باشد؟			21	آیا در شش ماه گذشته کاهش وزن داشته اید؟			22	آیا در حال حاضر به لحظه پیش از بیمارستان، آسایشگاهی و یا سایر مراکز درمانی را دارید؟		
23	آیا از دارو برای بیماری طولانی مدت استفاده می کنید؟			24	آیا دچار تصادف، حادثه یا سقوط داشته اید؟			25	آیا دچار شکستگی در ناحیه ای از بدن شده اید؟		
26	آیا در حال حاضر باردار هستید؟			27	آیا در حال حاضر باردار شده اید؟			28	آیا بیماری های زنانه دارد؟		
29	آیا دچارت پیش، خونریزی در توode پستان و عدم تقلیر در ناحیه سینه یا زیر بغل شده اید؟			30	آیا دچار عارض و بیماری های ناشی از حاملگی و زایمان شده اید؟			31	بیماری های چشمی (خون مردگی یا کبودی دور چشم، ضربه به چشم، پارگی مویرگ های چشم، تاری دید، دویینی، کاهش بینایی، انحراف چشم و....)		
32	آیا کسی از سنتگان در جهه یک شما به بیماری سل، شتنج، سرطان، بیماری قلبی، فشارخون، دیابت، نارسایی کلیه، سکته مغزی، بیماری مادرزادی و بیماری روحی و عصبی مبتلا بوده یا باشد؟			33	آیا در حال حاضر به علت بیماری مورد خاص تحت مداواه با مشاوره پزشکی قرار دارد؟			34	در صورت استفاده از مواد ذکر شده، مقدار، نوع و مدت مصرفرا اعلام نمایید. □ مشروبات الکلی □ مواد مخدوش، محرك و روان گران □ هیچکدام در صورت مثبت بودن هر کدام از سوالات فوق با ذکر نام بیماری، زمان شروع بیماری، نوع و میزان داروی مصرفي، مدت زمان داروی مصرفي، درمان انجام شده و وضعیت فعلی (بیمه شده) را توضیح دهید. در صورت جراحی، تاریخ و علت عمل جراحی با مستری شدن را ذکر فرمایید.		

افراد خانواده	سن	حيات/فوت	شرح (در صورت حیات، وضعیت سلامت و در صورت فوت علت آن را شرح دهید)
پدر		□ حیات □ فوت	
مادر		□ حیات □ فوت	
خواهر/□ برادر		□ حیات □ فوت	
خواهر/□ برادر		□ حیات □ فوت	
خواهر/□ برادر		□ حیات □ فوت	

آیا تا به حال در خواست بیمه عمری داشته اید که یک شرکت بیمه صدور آن را نهایت پنهان باشد؟ بلی خیر (در صورت مثبت بودن، جدول زیر را تکمیل کنید).

آیا در حال حاضر پیش یاد بیمه عمر با حادثه در جریان صدور یا صادر شده دارد؟ بلی خیر (در صورت مثبت بودن، جدول زیر را تکمیل کنید).

نوع بیمه نامه	صدور/ عدم صدور	در جریان صدور/ عدم صدور	تاریخ	سرمایه فوت (ریال)	شروع	بلی	در اثر حادثه	به هر علت	در اثر حادثه	شرح
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		13 / /						(در صورت عدم صدور بیمه نامه، علت آن را شرح دهید)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		13 / /						

*اینچنان (بیمه شده و بیمه گذار) امضاء کنندگان این پیشنهاد اعلام می نماییم که پاسخهای داده شده کاملا درست و عین واقعیت بوده و مطلع هستیم که هر گونه اظهار خلاف واقع و خودداری از واقع گویی به موجب قانون به باعث ابطال شدن قرارداد بیمه عمر و از دست دادن مزایای آن خواهد شد. ضمناً بیمه گذار یا پژوهشگان معتمد اجازه دارند هرگونه اطلاعاتی را که راجع وضع مزاجی و سلامت بیمه شده نیاز باشد کسب نمایند.

نام بیمه شده:	نام بیمه گذار:
امضاء بیمه شده:	امضاء بیمه گذار:
تاریخ:	تاریخ:

پیش نظر و تکمیل گردیده	در صد	اضافه نرخ	تاریخ: 13 / /	نام، امضاء و مهر پژوهش معتمد:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آیا بیمه شده را شخصاً می شناسید؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آیا ملاحظات خاصی از سلامت فعلی یا گذشته او دارد؟ شرح دهید.

آدرس: تهران، خیابان ولی عصر، بالاتر از بلوار میرداماد، خیابان قبادیان، پلاک 22 کد پستی: 1969633391 - تلفن 8259 www.parsianinsurance.ir صفحه 2/13 تاریخ: 13 / /