



پیشنهاد بیمه عمر انفرادی

خواهشمند است به کلیه پرسشهای این پیشنهاد جواب داده و هیچ سؤالی را بدون پاسخ نگذارید زیرا صحت این جوابها و کامل بودن آنها شرط اصلی معتبر بودن قرارداد بیمه عمری است که براساس این پیشنهاد صادر می شود. تکمیل این پیشنهاد هیچگونه تعهدی را برای بیمه گر ایجاد نمی نماید.

الف: مشخصات پیشنهاد دهنده (بیمه گذار)

نام پدر:	نام خانوادگی:	نام:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
شغل:	تاریخ تولد:	محل صدور:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
تلفن:	نسبت بیمه گذار یا بیمه شده:	میزان درآمد ماهانه بیمه گذار:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		نشانی:
		در صورتی که بیمه گذار شخصیت حقوقی باشد:
		نام:
		نشانی:

ب: مشخصات بیمه شده:

نام پدر:	نام خانوادگی:	نام:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
محل تولد:	متولد روز:	محل صدور:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
سال:	ماه:	شماره شناسنامه:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
مشاغل فرعی در حال حاضر:	مشاغل قبلی:	شغل اصلی در حال حاضر:
<input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/> مجرد	<input type="checkbox"/> مذکر <input type="checkbox"/> مؤنث	<input type="text"/>
تلفن:		نشانی کامل محل سکونت:
<input type="text"/>		<input type="text"/>
تلفن:		نشانی کامل محل کار:
<input type="text"/>		<input type="text"/>

پ) مشخصات بیمه نامه مورد درخواست

نوع بیمه نامه:	مدت بیمه:	سرمایه بیمه:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
نحوه پرداخت حق بیمه:	سه ماهه <input type="checkbox"/>	شش ماهه <input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	ماهانه <input type="checkbox"/>	سالانه <input type="checkbox"/>
	یکجا <input type="checkbox"/>	
پوشش های تکمیلی (در صورت درخواست):		
۱- افزایش سرمایه در صورت فوت بیمه شده بر اثر حادثه <input type="checkbox"/> سرمایه مورد درخواست حادثه <input type="checkbox"/> ریال		
۲- در صورتی که بیمه گذار بیمه شده شخص واحد باشد، پوشش معافیت از پرداخت حق بیمه در صورت از کار افتادگی کامل و دائم <input type="checkbox"/>		
۳- <input type="checkbox"/>		

ت- مشخصات استفاده کنندگان از سرمایه بیمه

در صورت حیات بیمه شده	نام و نام خانوادگی	نام پدر	شماره شناسنامه	تاریخ تولد	نسبت با بیمه شده	درصد سهم
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
در صورت فوت بیمه شده	نام و نام خانوادگی	نام پدر	شماره شناسنامه	تاریخ تولد	نسبت با بیمه شده	درصد سهم
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

توجه: چنانچه استفاده کننده مشخص نشده باشد:

- در صورت حیات بیمه شده در انقضای مدت بیمه سرمایه بیمه به بیمه گذار پرداخت خواهد شد.
 - در صورت فوت بیمه شده سرمایه بیمه بین وراث قانونی به نسبت سهم الارث تقسیم خواهد شد.
- تیسره: چنانچه استفاده کنندگان تعیین شده امامیزان سهم آنها مشخص نشده باشد سرمایه به نسبت مساوی بین استفاده کنندگان تقسیم خواهد شد.

ث: پرسشهای عمومی که توسط بیمه شده تکمیل می گردد.

۱- آیا خدمت نظام وظیفه را انجام داده‌اید؟ (فقط برای آقایان) بلی خیر
در صورت منفی بودن پاسخ چنانچه علت، معافیت پزشکی بوده توضیح دهید:

۲- به کدام ورزشها می پردازید؟
آیا اشتغال به این ورزشها جنبه حرفه ای دارد؟ بلی خیر

۳- آیا تا به حال پیشنهاد بیمه عمر به شرکت بیمه ای داده‌اید که مورد قبول واقع نشده باشد؟ بلی خیر
در صورت مثبت بودن پاسخ علت را توضیح دهید:

۴- آیا در حال حاضر پیشنهاد بیمه عمر یا حادثه در جریان صدور دارید؟ بلی خیر
در صورت مثبت بودن پاسخ جدول زیر را تکمیل نمایید.

نوع بیمه	سرمایه بیمه	نام شرکت بیمه	نام واحد صدور

۵- آیا در حال حاضر بیمه عمر یا حادثه انفرادی دارید؟ بلی خیر
در صورت مثبت بودن پاسخ، جدول زیر را تکمیل نمایید:

نوع بیمه	شماره بیمه نامه	سرمایه بیمه	نام شرکت بیمه	نام واحد صدور

تذکر: با توجه به اهمیت جداول بند ۴ و ۵ چنانچه در طول مدت اعتبار بیمه نامه و یا پس از خاتمه آن مشخص شود که بیمه شده مشخصات کلیه بیمه نامه های عمرو حوادث انفرادی خود نزد هر یک از شرکتهای بیمه را در جداول مذکور اعلام نداشته است شرکت بیمه می تواند از پرداخت تمام یا بخشی از تعهدات خود خودداری کند.

ج- وضعیت سلامت افراد خانواده:

افراد خانواده	در حال حیات		فوت شده	
	سسن	بیماری یا عارضه مبتلا به	سن فوت	علت فوت
پدر				
مادر				
برادر				
خواهر				
همسر				
فرزندان				

اینجانبان (بیمه گذار و بیمه شده)، امضاء کنندگان این پیشنهاد اعلام می داریم که به کلیه پرسشهای مشروحه در این فرم یا صداقت و به نحو کامل جواب داده و از مقررات و شرایط عمومی بیمه نامه اطلاع کامل حاصل نموده و اعلام می نماییم که جوابهای داده شده کاملاً درست و عین واقعیت بوده و مطلعیم که هرگونه اظهار خلاف واقع و خودداری از واقع گویی به عمد، به موجب قانون بیمه باعث باطل شدن قرارداد بیمه عمر و از دست دادن مزایای آن خواهد شد. در ضمن بیمه گر با پزشکان معتمد اجازه دارند هرگونه اطلاعی را که راجع به وضع مزاجی و سلامت بیمه شده نیاز باشد کسب نمایند.

نام و امضای بیمه گذار:

نام و امضای بیمه شده:

تاریخ:



پرسشهای پزشکی که توسط بیمه شده تکمیل می گردد:

* آیا در حال حاضر کاملاً سالم هستید؟ بلی خیر اندازه قد وزن

آیا به ناراحتی یا بیماریهای زیر مبتلا بوده یا می باشید؟ در صورت مثبت بودن پاسخ هر یک از موارد زیر، تاریخ بروز و مدت زمان بیماری و عوارض بجا مانده و نام پزشک معالج را با ذکر شماره سوال بنویسید:

۱- آیا سابقه بستری شدن در بیمارستان یا آسایشگاه را دارید؟ بلی خیر
به چه علت و چه مدت و تاریخ بستری:

۲- بیماریهای دستگاه تنفسی مانده سرفه مزمن، تنگی نفس به هنگام فعالیت، آسم و خلط چرکی یا خونی و غیره بلی خیر

۳- بیماریهای قلب و عروق بخصوص فشار خون و درد فسه سینه، سکنه قلبی، واریسی و غیره بلی خیر

۴- بیماریهای خونی، سابقه تزریق خون، کم خونی خونریزیهای بدون علت و غیره بلی خیر

۵- بیماریهای گوارشی، کبد، پانکراس دردهای مزمن شکمی، خونریزی گوارشی، تهوع و استفراغ مکرر، زردی و غیره بلی خیر

۶- بیماریهای اعصاب و روان اضطراب، افسردگی، خودکشی و غیره بلی خیر

۷- بیماریهای داخلی اعصاب، تشنج، سکنه مغزی، مشکلات حرکتی، فراموشی و غیره بلی خیر

۸- بیماریهای کلیه، مجاری ادرار، مشکلات پروستات، خون در ادرار، سوزش ادرار، سنگ کلیه و غیره بلی خیر

۹- بیماریهای گوش و حلق و بینی، چشمی، کاهش شنوایی، خونریزیهای بینی، کاهش بینایی، نابینائی، سرگیجه و غیره بلی خیر

۱۰- بیماریهای پوستی، خالهای بزرگ یا در حال رشد، خالهای تغییر رنگ یافته، زخم طول کشیده، خونریزیهای زیر پوستی، توده جلدی و غدد لنفاوی بزرگ شده و غیره بلی خیر

۱۱- بیماریهای استخوانی، عضلات و مفاصل دردهای عضلانی، دردهای ستون فقرات، خشکی و درد مفاصل و غیره بلی خیر

۱۲- بیماریهای غدد داخلی نظیر تیروئید و دیابت و یا کاهش یا افزایش اشتها و جری خون بالا و غیره بلی خیر

۱۳- سابقه بیماریهای عفونی مانند سل، هیاتیت، حصیه، تب مالت، مالاریا، ایدز، کیست هیداتیک و غیره بلی خیر

۱۴- آیا به بیماری و عارضه دیگر مبتلا شده اید که در فوق ذکر نشده باشد؟ بلی خیر نام بیماری

۱۵- آیا مورد عمل عمل جراحی قرار گرفته اید؟ بلی خیر نوع عمل و زمان و نتیجه آن

۱۶- آیا دچار نقص عضو شده اید؟ بلی خیر در چه ناحیه ای

۱۷- آیا دچار از کارافتادگی شده اید؟ بلی خیر به چه میزان

۱۸- آیا از سیگار، مشروبات الکلی، مواد مخدر استفاده کرده یا می کنید؟ بلی خیر

در صورت ترک، مدت زمان آن: نوع اعتیاد: میزان مصرف و مدت آن:

۱۹- آیا از دارو برای بیماری طولانی مدت استفاده کرده یا می کنید؟ بلی خیر

نوع دارو: میزان مصرف و مدت آن:

۲۰- آیا کسی از بستگان درجه اول شما به بیماری سل، سرطان، بیماری قلبی، فشار خون، مرض قند، نارسایی کلیه، سکنه مغزی، بیماری

مادرزادی یا بیماری روحی و عصبی مبتلا بوده یا می باشد؟ بلی خیر نسبت و نام بیماری

۲۱- آیا شما در شش ماهه گذشته کاهش وزن داشته اید؟ بلی خیر میزان و علت کاهش وزن

پرسشهای مخصوص خانم ها:

۲۲- در حال حاضر در کدامیک از وضعیت های زیر هستید:

الف) حامله می باشید؟ بلی خیر

ب) در دوره شیردهی می باشید؟ بلی خیر

ج) در دوران قاعدگی منظم می باشید؟ بلی خیر

د) در دوران یائسگی می باشید؟ بلی خیر

۲۳- آیا دچار عوارض و بیماریهای ناشی از حاملگی و زایمان نظیر فشار خون حاملگی یا مسمومیت حاملگی، سقط جنین، مول و عفونتها و خونریزی بعد از زایمان و غیره شده اید؟ بلی خیر

۲۴- آیا بیماریهای خاص نظیر خونریزی غیرطبیعی، یا لکه بینی و غیره داشته اید؟ بلی خیر

۲۵- آیا دچار ترشح یا خونریزی، درد یا توده در پستان و عدم تعادل در ناحیه سینه و یا زیر بغل شده اید؟ بلی خیر

توضیح:

نام و امضاء بیمه گزار:

نام و امضاء بیمه شده:

تاریخ:

ح- گزارش فروشنده بیمه: (نماینده، کارگزار، یا کارمند شرکت)

۱- آیا پیشنهاد دهنده را شخصاً می شناسید؟	بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	از چه مدتی؟
۲- به نظر شما بیمه شده در حال حاضر از سلامت برخوردار است؟	بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	
۳- آیا ملاحظات خاصی از وضعیت سلامت فعلی یا گذشته او دارید؟ (شرح دهید)			
۴- آیا درباره شرایط بیمه عمر اطلاعات کامل در اختیار بیمه گذار و بیمه شده گذارده‌اید؟	بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	
۵- آیا صحت امضای بیمه شده و بیمه گذار مورد تأیید می باشد؟	بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	

تاریخ:

نام، امضاء، مهر و کد نماینده یا کارگزار:

این قسمت توسط بیمه گر تکمیل خواهد شد

خ: اظهار نظر اولیه کارشناس صدور بیمه نامه

صدور بیمه نامه نیاز به معاینه و آزمایشهای پزشکی دارد <input type="checkbox"/>	ندارد <input type="checkbox"/>
علت درخواست معاینه و آزمایش پزشکی:	
۱- سرمایه بیمه نامه <input type="checkbox"/>	۳- پاسخ به پرسشهای پزشکی <input type="checkbox"/>
۲- سن بیمه شده <input type="checkbox"/>	۴- سایر موارد <input type="checkbox"/>

د: نظر پزشک معتمد شرکت:

با توجه به پاسخهای پزشکی <input type="checkbox"/> و معاینه و آزمایشهای انجام شده از بیمه شده <input type="checkbox"/> صدور بیمه نامه از نظر پزشکی:	
۱- تأیید می گردد <input type="checkbox"/>	۲- یا در نظر گرفتن درصد احتمال افزایش فوت تأیید می گردد <input type="checkbox"/>
۳- به صلاح بیمه گر نمی باشد <input type="checkbox"/>	۴- سایر موارد <input type="checkbox"/>

تاریخ: مهر و امضای پزشک معتمد:

ذ: نظر نهایی کارشناس صدور بیمه نامه

صدور بیمه نامه با توجه به مندرجات پیشنهاد و ضوابط و مقررات بیمه:		
بلامانع می باشد <input type="checkbox"/>	یا در نظر گرفتن درصد افزایش احتمال فوت بلامانع می باشد <input type="checkbox"/>	به صلاح نمی باشد <input type="checkbox"/>

تاریخ: نام و امضای کارشناس صدور: