

فرم پیشنهاد بیمه عمر انفرادی
(سرمایه بیش از ۵۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال)

تاریخ:

نام و کد معرف (نماینده/کارگزار):

| | | | | | | | | |
|--|---|--|--------------------|---------|----------------|--------|------------------|----------|
| | شرایط کلی | <p>* بیمه گذار/بیمه شده محترم باعنایت به اینکه بیمه نامه براساس اصل حسن نیت واطلاعات دریافتی از شما صادر می گردد، خواهشمند است به سؤالات ذیل به طور کامل و دقیق پاسخ دهید زیرا صحت این جوابها شرط اصلی معتبر بودن بیمه نامه عمری است که بر اساس این پیشنهاد صادر می گردد.</p> <p>* موضوع بیمه نامه عمر عبارت است فوت به هر علت بیمه شده بر اساس شرایط مندرج در بیمه نامه که سن و وضعیت سلامتی او اساس محاسبه حق بیمه را تشکیل می دهد .</p> <p>* توجه : تکمیل این پیشنهاد هیچ گونه تعهدی برای بیمه گر ایجاد نمی نماید .</p> | | | | | | |
| | مشخصات بیمه گذار / بیمه شده | <p>بیمه گذار: نام و نام خانوادگی/ شرکت کد ملی/ شماره ثبت :</p> <p>نشانی تلفن همراه : تلفن ثابت :</p> <p>بیمه شده : نام و نام خانوادگی نام پدر : جنسیت : مرد <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/></p> <p>کد ملی : تاریخ تولد: / / شماره شناسنامه : قد : وزن :</p> <p>شغل اصلی : شغل فرعی : وضعیت متأهل : مجرد <input type="checkbox"/> متأهل <input type="checkbox"/></p> <p>میزان تحصیلات :</p> <p>نشانی منزل : تلفن : تلفن همراه :</p> <p>نشانی محل کار: تلفن : دورنگار :</p> | | | | | | |
| | مشخصات بیمه مورد درخواست | <p>نوع بیمه نامه : مدت بیمه : سرمایه : روش پرداخت حق بیمه:</p> | | | | | | |
| | ذینفع بیمه نامه عمر | | | | | | | |
| | | ردیف | نام و نام خانوادگی | نام پدر | شماره شناسنامه | کد ملی | نسبت با بیمه شده | درصد سهم |
| | | ۱ | | | | | | |
| | | ۲ | | | | | | |
| | | ۳ | | | | | | |
| | | ۴ | | | | | | |
| | | <p>۱) در صورت امکان نسبت به تکمیل کلیه اطلاعات مربوط به ذینفع اقدام فرمایند.</p> <p>۲) در صورت عدم تعیین ذینفع ، مخدوش بودن و یا عدم تکمیل اطلاعات مندرج در جدول فوق استفاده کننده از سرمایه بیمه در صورت فوت بیمه شده وراث قانونی خواهند بود.</p> | | | | | | |
| | وضعیت عمومی و سلامت بیمه شده و سوابق بیمه ای | <p>۱- آیا خدمت نظام وظیفه را انجام داده‌اید؟ در صورت معافیت علت آن را شرح دهید. <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله</p> <p>۲- به کدامیک از ورزش‌های ذیل می‌پردازید و در کدام باشگاه؟</p> <p><input type="checkbox"/> شکار <input type="checkbox"/> سوارکاری <input type="checkbox"/> غواصی <input type="checkbox"/> رزمی <input type="checkbox"/> سقوط آزاد <input type="checkbox"/> کایت سواری <input type="checkbox"/> هدایت موتورسیکلت مسابقه <input type="checkbox"/> اسکی</p> <p><input type="checkbox"/> پرش با چتر نجات <input type="checkbox"/> کوهنوردی <input type="checkbox"/> هدایت و یا سرنشینی هواپیمای آموزشی، گلابدر ، پاراگلابدر <input type="checkbox"/> هدایت و یا سرنشینی مسابقه ورزش متناوب و تفریحی شامل :</p> <p>۳- آیا درحال حاضر دارای بیمه نامه دیگری (طبق جدول ذیل) می‌باشید؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله</p> | | | | | | |

در صورت مثبت بودن پاسخ لطفاً جدول ذیل را تکمیل نمایید

| تاریخ صدور | نام واحد صدور | نام شرکت بیمه | سرمایه بیمه (به ریال) | نوع بیمه |
|------------|---------------|---------------|-----------------------|----------------|
| | | | | عمر انفرادی |
| | | | | عمر و پس انداز |
| | | | | تمام عمر |
| | | | | مستمری |
| | | | | عمر و حوادث |

* توجه: در صورتی که در طول مدت اعتبار بیمه نامه و یا پس از خاتمه آن مشخص شود که بیمه گذار یا بیمه شده بیمه نامه های موجود خود را در جدول فوق اعلام نداشته اند شرکت بیمه می تواند از پرداخت تمام یا قسمتی از تعهدات خود، خودداری نماید.

۴- آیا تاکنون پیشنهاد بیمه عمر به شرکت بیمه ای داده اید که مورد قبول واقع نشده باشد؟
 در صورت مثبت بودن پاسخ علت آن را ذکر نمایید:

خیر بله

سوالات پزشکی که توسط بیمه شده تکمیل می گردد:

آیا به بیماریهای زیر مبتلا بوده و یا می باشید؟ در صورت مثبت بودن پاسخ هر یک از موارد ذیل تاریخ بروز و مدت زمان بیماری و عوارض به جای مانده و نام پزشک معالج را ذکر فرمائید.

- ۱- بیماریهای دستگاه تنفسی مانند سرفه مزمن، تنگی نفس به هنگام فعالیت، آسم و خلط چرکی یا خونی و غیره. خیر بله
- ۲- بیماریهای قلب و عروق بخصوص فشار خون و درد قفسه سینه، سکنه قلبی، چربی خون، واریس و غیره. خیر بله
- ۳- بیماریهای خونی، سابقه تزریق خون، کم خونی، خونریزیهای بدون علت و غیره. خیر بله
- ۴- بیماریهای گوارشی، کبد، پانکراس، دردهای مزمن شکمی، خونریزی گوارشی، تهوع و استفراغ مکرر، زردی و غیره. خیر بله
- ۵- بیماریهای اعصاب و روان، اضطراب، افسردگی، خودکشی و غیره. خیر بله
- ۶- بیماریهای مغز و اعصاب، تشنج، سکته مغزی، آلزایمر (فراموشی)، پارکینسون (لرزش بدن) و غیره. خیر بله
- ۷- بیماریهای کلیه و مجاری ادراری، مشکلات پروستات، خون در ادرار، سوزش ادرار، سنگ کلیه و غیره. خیر بله
- ۸- بیماریهای گوش و حلق و بینی، کاهش شنوایی، خونریزیهای بینی، سرگیجه و غیره. خیر بله
- ۹- بیماریهای چشم، کاهش بینایی، نابینایی، تومورهای چشمی و غیره. خیر بله
- ۱۰- بیماریهای پوستی، خالهای بزرگ یا در حال رشد، خالهای تغییر رنگ یافته، زخم کهنه، خونریزیهای زیر پوستی، توده جلدی، غدد لنفاوی بزرگ شده و غیره. خیر بله
- ۱۱- بیماریهای استخوانی، عضلات و مفاصل، دردهای عضلانی، دردهای ستون فقرات، خشکی و درد مفاصل و غیره. خیر بله
- ۱۲- بیماریهای غدد داخلی نظیر تیروئید و دیابت و یا کاهش یا افزایش اشتها و غیره. خیر بله
- ۱۳- سابقه بیماریهای عفونی مانند سل، هپاتیت، حصبه، تب مالت، مالاریا، ایدز، کیست هیداتیک و غیره. خیر بله
- ۱۴- آیا به بیماری و عارضه دیگری مبتلا شده اید که در فوق ذکر نشده باشد؟ خیر بله
- ۱۵- آیا مورد عمل جراحی قرار گرفته اید؟ در صورت مثبت بودن جواب، نوع عمل، زمان و نتیجه آن چه بوده است؟ خیر بله

- ۱۶- آیا دچار نقص عضو یا از کارافتادگی شده‌اید؟ در چه ناحیه‌ای؟
 بله خیر
- ۱۷- سابقه بستری شدن در بیمارستان یا آسایشگاه را دارید؟ چه مدت؟
 بله خیر
- ۱۸- آیا از دخانیات استفاده می‌کنید؟
 بله خیر
- ۱۹- آیا از مشروبات الکلی و مواد مخدر استفاده کرده یا می‌کنید؟
 بله خیر
- ۲۰- آیا از دارو برای بیماری طولانی مدت استفاده کرده یا می‌کنید؟
 بله خیر
- نوع دارو میزان و مدت مصرف آن
- ۲۱- آیا کسی از بستگان درجه اول شما به بیماری سل، انواع سرطان‌ها، بیماری قلبی، فشارخون، مرض قند، نارسائی کلیه، سکتة مغزی، بیماری مادرزادی، یا به بیماری اعصاب و روان مبتلا بوده یا می‌باشد؟
 بله خیر
- ۲۱- آیا در شش ماه گذشته کاهش وزن داشته‌اید؟
 بله خیر
- ۲۲- آیا در حال حاضر کاملاً سالم هستید؟ در صورت منفی بودن جواب توضیح دهید.
 بله خیر

سوالات مخصوص خانم‌ها

- ۲۳- در حال حاضر در کدام یک از وضعیت‌های زیر می‌باشید؟
 دوران حاملگی دوران شیردهی دوران قاعدگی دوران یائسگی
- ۲۴- آیا دچار عوارض و بیماری‌های ناشی از حاملگی و زایمان نظیر فشارخون، مسمومیت حاملگی، سقط جنین، مول و عفونت‌ها و خونریزی‌های بعد از زایمان و غیره شده‌اید؟ توضیح دهید.
 بله خیر
- ۲۵- آیا دچار ترشح یا خونریزی، درد یا توده پستان و عدم تقارن در ناحیه سینه و زیر بغل شده‌اید؟ توضیح دهید.
 بله خیر

| فوت شده | | در حال حیات | | افراد خانواده |
|---------|--------|-----------------------|----|---------------|
| علت فوت | سن فوت | بیماری یا عارضه مبتلا | سن | |
| | | | | پدر |
| | | | | مادر |
| | | | | خواهر / برادر |
| | | | | خواهر / برادر |
| | | | | خواهر / برادر |
| | | | | خواهر / برادر |

