



شماره پیش نویس:
شماره بیمه نامه:

بسمه تعالی

پرسش نامه و پیشنهاد بیمه نامه عمر و تامین آتیه
(همراه با پوشش های تکمیلی)

تاریخ: / /
نام و کد نماینده:
نام و کد نماینده فروش:

پیشنهاد دهنده محترم:

به کلیه پرسش های این پیشنهاد بدون خط خوردگی پاسخ داده و هیچ سوالی را بدون پاسخ نگذارید زیرا صحت و کامل بودن آنها شرط اصلی اعتبار این بیمه نامه عمر و تامین آتیه ای است که بر اساس این پیشنهاد صادر می شود.

۱ - مشخصات بیمه گذار (حداقل سن بیمه گذاران ۱۸ سال تمام و در صورت شاغل بودن ۱۵ سال تمام می باشد):

حقوقی | نام: شماره ثبت: کد اقتصادی / شناسه ملی:

حقیقی | نام: نام خانوادگی: نام پدر: کد ملی: شماره شناسنامه: تاریخ تولد: روز: ماه: سال: محل تولد: محل صدور: جنسیت: مرد زن وضعیت تاهل: مجرد متاهل تعداد فرزندان: پسر دختر نسبت با بیمه شده: تحصیلات: شغل اصلی و فرعی (لطفا از عناوینی نظیر آزاد، کارگر، کارمند و نیز عنوان رشته تحصیلی خودداری نمایید): درآمد ماهیانه: ریال نشانی محل سکونت: کد پستی: نشانی محل کار: تلفن ثابت: تلفن همراه: نشانی الکترونیکی:

۲ - مشخصات بیمه شده (حداکثر سن بیمه شده برای شروع بیمه نامه نباید از ۶۵ سال تمام تجاوز نماید):

نام: نام خانوادگی: نام پدر: کد ملی: شماره شناسنامه: تاریخ تولد: روز: ماه: سال: محل تولد: محل صدور: جنسیت: مرد زن وضعیت تاهل: مجرد متاهل تعداد فرزندان: پسر دختر نسبت با بیمه گذار: تحصیلات: شغل اصلی و فرعی (لطفا از عناوینی نظیر آزاد، کارگر، کارمند و نیز عنوان رشته تحصیلی خودداری نمایید): درآمد ماهیانه: ریال بابت شغل خود در ارتفاع کار می کنم؟ خیر بلی بابت شغل خود با برق فشار قوی کار می کنم؟ خیر بلی نشانی محل سکونت: کد پستی: نشانی محل کار: تلفن ثابت: تلفن همراه: نشانی الکترونیکی: قد: سانتی متر ، وزن: کیلو گرم

۳ - مشخصات بیمه نامه و پوشش های تکمیلی مورد درخواست:

میزان سپرده اولیه: ریال، توان مالی پرداخت ماهانه در سال اول: ریال، مدت بیمه نامه: سال
پرداخت حق بیمه منظم: ماهانه سه ماهه شش ماهه سالانه به مبلغ: ریال، مجموع مبلغ قسط اول و سپرده ریال
نرخ سالانه افزایش حق بیمه: %۰ (ثابت) %۳ %۵ %۷ %۱۰ %۱۵ %۲۰ %۲۵
نرخ سرمایه بیمه عمر در صورت فوت: ۱۲۰ ۱۵۰ ۱۸۰ ۲۱۰ ۲۴۰ ۲۷۰ ۳۰۰ ۳۳۰ ۳۶۰ برابر حق بیمه ماهانه
نرخ سالانه افزایش سرمایه فوت: %۰ (ثابت) %۳ %۵ %۷ %۱۰ سرمایه فوت: ریال

پوششهای تکمیلی:

از کار افتادگی کامل و دائم	معافیت از پرداخت به میزان: %۵۰ <input type="checkbox"/> %۱۰۰ <input type="checkbox"/> حق بیمه پرداخت سرمایه به میزان: %۱۰ <input type="checkbox"/> %۲۵ <input type="checkbox"/> %۴۰ <input type="checkbox"/> حداکثر تا مبلغ ۶۰۰ میلیون ریال
حادثه	فوت: ۱ <input type="checkbox"/> ۲ <input type="checkbox"/> ۳ <input type="checkbox"/> برابر سرمایه بیمه عمر نقص عضو و از کار افتادگی: ۱ <input type="checkbox"/> ۲ <input type="checkbox"/> ۳ <input type="checkbox"/> برابر سرمایه بیمه عمر هزینه پزشکی: %۵ <input type="checkbox"/> %۱۰ <input type="checkbox"/> سرمایه حادثه فوت
بیماریهای خاص	سرمایه ابتلا به بیماری های خاص به میزان: %۱۰ <input type="checkbox"/> %۲۰ <input type="checkbox"/> %۳۰ <input type="checkbox"/> سرمایه بیمه عمر، حداکثر تا مبلغ ۴۰۰ میلیون ریال
آتش سوزی	ضریب سرمایه بیمه آتش سوزی منزل مسکونی: ۵۰۰ <input type="checkbox"/> ۷۵۰ <input type="checkbox"/> ۱۰۰۰ <input type="checkbox"/> ۱۵۰۰ <input type="checkbox"/> برابر حق بیمه ماهانه نشانی محل مورد بیمه: (لطفا آدرس منزل مسکونی همراه با شماره پلاک، شماره واحد و کدپستی باشد. در صورت نداشتن شماره پلاک، درج شماره کنتور آب، برق یا کد پستی الزامی است): پوشش خطرات اضافی پوشش حادثه زلزله و آتشفشان <input type="checkbox"/> اعتصاب، شورش، بلوا <input type="checkbox"/> همراه با بیمه آتش سوزی <input type="checkbox"/> نرخ افزایش سرمایه بیمه آتش سوزی: %۵ <input type="checkbox"/> %۱۰ <input type="checkbox"/>

۴ - استفاده کننده از سرمایه بیمه در صورت حیات بیمه شده:

بیمه گذار بیمه شده سایر نام و نام خانوادگی: نام پدر: کد ملی: تاریخ تولد: نسبت:

۵ - استفاده کننده از سرمایه بیمه در صورت فوت بیمه شده:

وراث قانونی به نسبت سهم الارث وراث قانونی به نسبت مساوی سایر (به شرح جدول زیر)

ردیف	نام	نام خانوادگی (نام موسسه)	نام پدر	کد ملی	تاریخ تولد	نسبت با بیمه شده	درصد سهم	اولویت	شماره تماس (تلفن همراه)
۱									
۲									
۳									
۴									
۵									

نام و نام خانوادگی بیمه شده: _____ شماره پیش نویسی: _____ شماره بیمه نامه: _____

۶- وضعیت سلامتی بیمه شده (کاملاً محرمانه):

وضعیت نظام وظیفه (مخصوص آقایان): انجام خدمت معافیت پزشکی ماده _____ بند _____ معافیت غیر پزشکی سایر : _____ در صورت معافیت، علت آن را شرح دهید (بناضمم کپی کارت معافیت): _____

آیا رشته (های) ورزشی خاصی انجام می دهید؟ خیر ، بلی : تفریحی حرفه ای نام ببرید: _____ در حال حاضر بیمه نامه عمر و بیمه نامه حوادث دیگری دارید؟ خیر بلی (در صورت دارا بودن بیش از یک بیمه نامه، سرمایه ها جمع گردد)

نوع بیمه (عمر)	شماره بیمه نامه	سرمایه بیمه	نام شرکت

نوع بیمه (حوادث)	شماره بیمه نامه	سرمایه بیمه	نام شرکت

لطفاً پاسخ ابتلا یا عدم ابتلا به بیماری های قید شده در جدول ذیل را مشخص فرمائید:

بیماری	خیر	بلی
۱ قلب	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۲ فشار خون	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۳ هر نوع تومور	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۴ مغز	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۵ گوارشی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

بیماری	خیر	بلی
۶ غدد داخلی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۷ سرطان	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۸ ایدز	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۹ دیابت	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۰ گوش و حلق و بینی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

بیماری	خیر	بلی
۱۱ (صرع (تشنج)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۲ استخوان	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۳ خونی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۴ روحی و عصبی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۵ چشمی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

بیماری	خیر	بلی
۱۶ عفونی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۷ تنفسی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۸ انواع هپاتیت و سل	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۹ کلیه و مجاری ادراری	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۲۰ پوستی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

در صورت مثبت بودن پاسخ هر کدام از پرسش های فوق، نام کامل و علت بیماری، زمان شروع آن، نوع، میزان و مدت زمان داروهای انجام شده و وضعیت فعلی خود را به صورت کتبی و در صورت انجام عمل جراحی، زمان و علت مشخص را به صورت کتبی به همراه مدارک عمل جراحی (در صورت دارا بودن) ضمیمه نمایید.

در صورتیکه به بیماری های دیگری غیر از موارد ذکر شده مبتلا بوده و یا هستید به طور کامل توضیح دهید:

آیا سیگار / مشروبات الکلی و مواد مخدر مصرف داشته یا می نمایید؟ خیر بلی : میزان و مدت زمان مصرف: _____

سوالات مخصوص بانوان

آیا باردار هستید؟ خیر بلی (از صدور بیمه نامه برای بانوان باردار تا حداقل یک ماه پس از زایمان معذوریم) آیا سابقه زایمان داشته اید؟ خیر بلی چنانچه اخیراً آزمایش خون انجام داده اید آیا در خون شما موارد غیر عادی دیده شده است؟ خیر بلی آیا بر اثر حادثه مصدوم شده اید؟ خیر بلی آیا مورد عمل جراحی قرار گرفته اید؟ خیر بلی آیا نقص عضو دارید؟ خیر بلی (در صورت مثبت بودن پاسخ هر یک از پرسشها، لطفاً توضیح دهید)

آیا سابقه بیماری حصبه داشته اید؟ خیر بلی آیا طی شش ماه گذشته تغییرات وزنی (کاهش یا افزایش) داشته اید؟ خیر بلی آیا در خانواده شما (پدر، مادر، برادر، خواهر، همسر و فرزندان) فردی به بیماریهای سل، سرطان، قلبی، غدد داخلی، خونی، مرض قند، روحی و عصبی و صرع مبتلا بوده و یا می باشد؟ نام برده و توضیح دهید: _____

اینجانبان (بیمه گذار و بیمه شده) امضاء کنندگان این پیشنهاد اعلام می داریم که تمام پاسخ هائی که داده ایم کاملاً درست و عین واقع بوده و هیچ اطلاعاتی را که ممکن است موجب اشتباه بیمه پاسارگاد شود کتمان نکرده ایم و مطلعیم که هرگونه اظهار خلاف و خودداری از واقع گویی، مجوز قانونی باطل شدن بیمه نامه عمر و از دست دادن مزایای این بیمه نامه خواهد شد. ضمناً شرکت بیمه پاسارگاد و پزشک معتمد آن شرکت اجازه دارند هرگونه اطلاعاتی را که راجع به وضع مزاجی و سلامت بیمه شده نیاز باشد، کسب نمایند و این اطلاعات فقط جهت پذیرفتن یا تغییر نرخ بیمه مورد استفاده قرار می گیرد و در اختیار هیچ فرد حقیقی و یا حقوقی گذاشته نخواهد شد.

تاریخ، نام و امضاء، بیمه گذار _____ تاریخ، نام و امضاء، بیمه شده _____

امضاء کنندگان ضمن تأیید هویت بیمه شده و بیمه گذار مندرج در این پرسش نامه، سلامتی ظاهری بیمه شده را تأیید و گواهی می نمایند که پرسش نامه توسط بیمه گذار و بیمه شده تکمیل و امضاء شده است.

تاریخ، مهر و امضاء، نماینده / مدیر ارشد / مدیر فروش _____ تاریخ، نام و امضاء، نماینده فروش _____

۷- اظهار نظر اولیه کارشناس صدور بیمه نامه:

صدور بیمه نامه نیاز به معاینات و آزمایشات پزشکی دارد؟ بلی خیر میزان اضافه نرخ: _____

علت در خواست آزمایشات پزشکی: سرمایه بیمه نامه _____ مسائل پزشکی سایر موارد _____

۸- نظریه پزشک معتمد شرکت بیمه (در صورت نیاز):

تاریخ، نام و امضاء، پزشک معتمد _____

۹- نظریه نهایی کارشناس صدور بیمه نامه:

صدور بیمه نامه با توجه به مندرجات فرم پیشنهاد و قوانین و مقررات بیمه و بیمه گری بلامانع است؟ بلی خیر تاریخ، نام و امضاء، کارشناس صدور _____

۱۰- نظر مدیریت (در صورت لزوم):

این پیشنهاد هیچ گونه تعهدی برای شرکت بیمه و بیمه گذار در صورت عدم صدور بیمه نامه ایجاد نکرده و هیچ نوع خسارتی قابل مطالبه نخواهد بود.

اعتبار بیمه نامه عمر و تامین آتیه از پرداخت اولین قسط حق بیمه و با صدور بیمه نامه شروع می شود.