



شماره پیش نویس :

بسمه تعالی

تاریخ : / /

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

نام و کد نماینده :

نام و کد ملی یا کد نماینده فروش :

شماره بیمه نامه :

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 بیمه نامه عمر و تأمین آتیه ای است که براساس این پیشنهاد صادر می شود.

۱- مشخصات بیمه گذار (حداقل سن بیمه گذاران ۱۸ سال تمام باشد) :

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

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

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

مبلغ آورده اولیه : ریال توان مالی پرداخت ماهانه در سال اول : ریال مدت بیمه نامه : سال
 مقصد سرمایه گذاری اندوخته به انتخاب : بیمه پاسارگاد / بیمه گذار
 توضیح : در صورت انتخاب گزینه "بیمه گذار"، مقصد سرمایه گذاری را از بین مقاصد مشخص شده در آیین نامه ۹۷ بیمه مرکزی ج.ا.ا. طبق فرم ضمیمه تعیین نمایید.
 پرداخت حق بیمه منظم : سالانه / شش ماهه / سه ماهه / ماهانه ، به مبلغ : ریال، مبلغ قسط اول به همراه آورده اولیه : ریال
 نرخ سالانه افزایش حق بیمه : %۰ (ثابت) / %۰.۳ / %۰.۵ / %۰.۷ / %۱.۰ / %۱.۵ / %۲.۰ / %۲.۵ / %۳.۰ / %۴.۰ / %۵.۰
 ضریب سرمایه بیمه عمر در صورت فوت تا ۱۲۰ / ۱۵۰ / ۱۸۰ / ۲۱۰ / ۲۴۰ / ۲۷۰ / ۳۰۰ / ۳۳۰ / ۳۶۰ برابر حق بیمه ماهانه
 نرخ سالانه افزایش سرمایه فوت : %۰ (ثابت) / %۰.۳ / %۰.۵ / %۰.۷ / %۱.۰ / %۱.۵ / %۲.۰ / %۲.۵ / %۳.۰ / %۴.۰ / %۵.۰ سرمایه فوت : ریال

پوشش های تکمیلی :

از کارافتادگی کامل و دائم	معافیت از پرداخت به میزان : %۵۰ / %۱۰۰ حق بیمه پرداخت سرمایه به میزان : %۱۰ / %۲۵ / %۴۰ سرمایه بیمه عمر، حداکثر تا مبلغ یک میلیارد ریال
حادثه	فوت : ۱ / ۲ / ۳ برابر سرمایه بیمه عمر نقص عضو و از کارافتادگی : ۱ / ۲ / ۳ برابر سرمایه بیمه عمر هزینه پزشکی : %۵ / %۱۰ سرمایه حادثه (فوت) زلزله و آتشفشان / اعتصاب، شورش، بلوا
بیماری های خاص	سرمایه ابتلا به بیماری های خاص به میزان : %۵ / %۱۰ / %۱۵ / %۲۰ / %۳۰ سرمایه بیمه عمر، حداکثر تا مبلغ یک میلیارد ریال
آتش سوزی	ضریب سرمایه بیمه آتش سوزی منزل مسکونی : ۵۰۰ / ۷۵۰ / ۱۰۰۰ / ۱۵۰۰ برابر حق بیمه ماهانه نشانی محل مورد بیمه : (لطفاً آدرس منزل مسکونی همراه با شماره پلاک، شماره واحد و کدپستی باشد. در صورت نداشتن شماره پلاک، درج شماره کنتور آب، برق یا کدپستی الزامی است) : نرخ افزایش سرمایه بیمه آتش سوزی : %۵ / %۱۰

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 یا بیمه شده	درصد سهم	اولویت	شماره تماس (تلفن همراه)
۱									
۲									
۳									
۴									
۵									

نام و نام خانوادگی بیمه شده: شماره پیش نویس: 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 (به انضمام 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	بله	خیر
۱ قلب		
۲ فشار خون		
۳ هر نوع تومور		
۴ معز		
۵ گوارشی		

بیماری	بله	خیر
۶ غدد داخلی		
۷ سرطان		
۸ ایدز		
۹ دیابت		
۱۰ گوش و حلق و بینی		

بیماری	بله	خیر
۱۱ (صرع/تشنج)		
۱۲ استخوان		
۱۳ خونی		
۱۴ روحی و عصبی		
۱۵ چشمی		

بیماری	بله	خیر
۱۶ عفونی		
۱۷ تنفسی		
۱۸ انواع هیپاتیت وسل		
۱۹ کلیه و مجاری ادراری		
۲۰ پوستی		

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 مصرف شده و وضعیت فعلی خود را قید نمائید و هم چنین در صورت انجام عمل جراحی، زمان و علت مشخص را بنویسید و مدارک عمل جراحی(در صورت دارا بودن) را ضمیمه نمائید .

در صورتی که 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 سابقه بیماری های خاص زنانه داشته اید؟ خیر بلی توضیح دهید:

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 آیا سابقه بستری دارید؟ خیر بلی آیا سابقه بیماری حصبه داشته اید؟ خیر بلی

(در صورت مثبت بودن پاسخ هر یک از پرسش ها، لطفاً توضیح دهید).....
آیا از موتورسیکلت جهت تردد استفاده می نمایید؟ 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 بیماری های سل، سرطان، قلب، 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) امضاءکنندگان این پیشنهاد اعلام می داریم که تمام پاسخ هائی که داده ایم کاملاً درست و عین واقع بوده و هیچ اطلاعی 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 اطلاعی 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 : نام و امضاء بیمه شده :

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

تاریخ:/...../..... مهر و امضاء نماینده /مدیر ارشد/مدیر فروش نام و کد ملی، کد 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 درخواست آزمایشات پزشکی : سرمایه بیمه نامه مسائل پزشکی سایر موارد

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

تاریخ، نام، مهر 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 .