

## پیشنهاد بیمه عمر و پس انداز مشترک

شماره سریال

متقاضی محترم

خواهشمند است به همه سوالات مندرج در این برگ پاسخ داده و هیچ سوالی را بدون جواب نگذارید زیرا صحت این جوابها و کامل بودن آنها شرط اصلی معتبر بودن بیمه نامه عمری است که براساس این پیشنهاد صادر می گردد.

مشخصات بیمه گذار	نام و نام خانوادگی: کد ملی: آدرس: تلفن های تماس: ثابت:..... شماره شناسنامه: نام پدر: محل صدور: تاریخ تولد: شغل: کد پستی: همراه: .....
مشخصات بیمه شده اول	نام و نام خانوادگی: شماره شناسنامه: آدرس محل سکونت: آدرس محل کار: نام پدر: محل صدور: تاریخ تولد: شغل اصلی و فرعی: کد پستی: نسبت با بیمه گذار: تلفن ثابت و همراه:
مشخصات بیمه شده دوم	نام و نام خانوادگی: شماره شناسنامه: آدرس محل سکونت: آدرس محل کار: نام پدر: محل صدور: تاریخ تولد: شغل اصلی و فرعی: کد پستی: نسبت با بیمه گذار: تلفن ثابت و همراه:
سوابق بیمه ای	آیا تا به حال درخواست بیمه عمر به شرکت بیمه ای داده اید که صدور آن را نپذیرفته باشد؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> کدام بیمه شده؟ آیا در حال حاضر بیمه عمر یا حادثه صادر شده یا در جریان صدور دارید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> کدام بیمه شده؟ نام شرکت: نوع بیمه: سرمایه:
شرایط بیمه نامه	مدت بیمه: سال نحوه پرداخت: یکجا <input type="checkbox"/> سالانه <input type="checkbox"/> شش ماهه <input type="checkbox"/> سه ماهه <input type="checkbox"/> ماهانه <input type="checkbox"/> قسط اول حق بیمه: ریال با رشد سالانه: درصد ریال با رشد سالانه: درصد
پوششهای درخواستی بیمه شده اول	سرمایه بیمه عمر (فوت): الف- پوشش های تکمیلی حادثه: فوت و از کارافتادگی دائم و کامل ..... برابر سرمایه فوت هزینه پزشکی <input type="checkbox"/> ب- معافیت از پرداخت حق بیمه در صورت از کارافتادگی دائم و کامل (در صورتی که بیمه گذار و بیمه شده اول یکی باشند ارائه می گردد) ج- پوشش تکمیلی بیماریهای خاص <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>
پوششهای درخواستی بیمه شده دوم	سرمایه بیمه عمر (فوت): الف- پوشش های تکمیلی حادثه: فوت و از کارافتادگی دائم و کامل ..... برابر سرمایه فوت هزینه پزشکی <input type="checkbox"/> ب- پوشش تکمیلی بیماریهای خاص <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>

استفاده کنندگان از سرمایه	نام و نام خانوادگی	نام پدر	شماره شناسنامه	سال تولد	نسبت با بیمه شده	درصد سهم
در صورت حیات بیمه شدگان در پایان مدت بیمه نامه						
در صورت فوت بیمه شده اول در طول مدت بیمه نامه						
در صورت فوت بیمه شده دوم در طول مدت بیمه نامه						

## توضیحات:

۱- چنانچه بیمه‌گذار و بیمه شده اول یکی باشند: الف) در صورت فوت بیمه شده اول، سرمایه بیمه عمر مربوط به بیمه شده اول به اضافه اندوخته بیمه نامه در زمان فوت به استفاده کننده پرداخت و بیمه نامه پایان می‌یابد. ب) در صورت فوت بیمه شده دوم، سرمایه بیمه عمر مربوط به بیمه شده دوم در زمان فوت به استفاده کننده پرداخت و بیمه نامه ادامه می‌یابد.

۲- چنانچه بیمه‌گذار با بیمه شده اول یکی نباشد: الف) در صورت فوت هر یک از بیمه شدگان، سرمایه بیمه عمر مربوط به بیمه شده متوفی به استفاده کننده پرداخت و بیمه نامه ادامه می‌یابد. ب) در صورت فوت هر دو بیمه شده، سرمایه بیمه عمر مربوط به بیمه شده متوفی اول به استفاده کننده پرداخت و در صورت فوت بیمه شده متوفی دوم، سرمایه بیمه عمر مربوطه به اضافه اندوخته بیمه نامه به استفاده کننده پرداخت و بیمه نامه پایان می‌یابد.

سوالات عمومی	اگر فعالیت منظم ورزشی انجام می‌دهید، نوع آن را با ذکر کدام بیمه شده بیان فرمائید؟
	اگر فعالیت های جنبی اعم از ورزش حرفه ای، مسافرت مستمر و ..... انجام می‌دهید، با ذکر کدام بیمه شده توضیح دهید؟
	آیا از موتور سیکلت به طور مستمر استفاده می‌کنید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> کدام بیمه شده؟

## سوالات پزشکی مربوط به بیمه شده اول

بلی	خیر	آیا به بیماریهای زیر مبتلا بوده یا می‌باشید؟	بلی	خیر	آیا به بیماریهای زیر مبتلا بوده یا می‌باشید؟
		بیماری های قلب و عروق، درد قفسه سینه و فشار خون			بیماری های قلب و عروق، درد قفسه سینه و فشار خون
		بیماری قند(دیابت)			آیا از دارو برای بیش از ۲ ماه استفاده می‌کنید؟
		بیماری های دستگاه تنفسی(سرفه مزمن، آسم، تنگی نفس)			سابقه بیماری های عفونی مانند سل، هیپاتیت، ایدز، تب مالت
		بیماری های خونی، سابقه تزریق خون، کم خونی و تالاسمی			بیماری های گوارشی، دردهای مزمن شکمی، تهوع و استفراغ
		بیماری های داخلی اعصاب، تشنج، سکته مغزی و ام اس			بیماری های اعصاب و روان، اضطراب، افسردگی
		سابقه بیماری های سرطانی، تومور			بیماری های استخوانی، عضلات، مفاصل، مشکلات حرکتی
		بیماری های کلیه، مجاری ادرار، پروستات			بیماری های پوستی، خال های بزرگ، توده جلدی
		بیماری های غدد داخلی نظیر تیروئید			آیا به بیماری دیگری مبتلا بوده اید که ذکر نشده باشد؟
		آیا دچار نقص عضو یا از کارافتادگی شده اید؟	بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	در چه ناحیه ای؟ چند در صد؟
		آیا در شش ماه گذشته کاهش یا افزایش وزن داشته اید؟	بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	چه میزان؟
		در صورت داشتن بیماری فشار خون میزان آنرا در مدت حداکثر ۲ ماه گذشته ذکر کنید.			
		در صورت انجام آزمایش خون در مدت حداکثر ۶ ماه پیش، چنانچه در آن موارد غیرعادی دیده می‌شود، بیان کنید.			
		در صورت مصرف سیگار، مشروبات الکلی، مواد مخدر، مقدار و مدت مصرف را توضیح دهید.			
سوالات مخصوص خانم ها		چنانچه بیماری زنانه داشته اید، توضیح دهید.	آیا باردار هستید؟ مدت؟		
سوالات مخصوص آقایان		آیا خدمت نظام وظیفه انجام داده اید؟	بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	در صورت معافیت پزشکی علت آنرا توضیح دهید؟
در صورت مثبت بودن هر یک از سوالات فوق، با ذکر نوع بیماری، شروع زمان بیماری، داروی مصرفی، میزان و مدت مصرف، درمان انجام شده و وضعیت فعلی را توضیح دهید:					

## وضعیت سلامتی خانواده بیمه شده اول

افراد خانواده	سن	وضعیت سلامت در صورت حیات	علت فوت	افراد خانواده	سن	وضعیت سلامت در صورت حیات	علت فوت
پدر				مادر			
آیا از بستگان درجه اول شما به بیماری قلبی، سرطان، دیابت و فشار خون مبتلا بوده اند؟ نوع بیماری و نسبت را توضیح دهید.							

## سوالات پزشکی مربوط به بیمه شده دوم

بلی	خیر	آیا به بیماریهای زیر مبتلا بوده یا می باشید؟	بلی	خیر	آیا به بیماریهای زیر مبتلا بوده یا می باشید؟
		آیا تاکنون عمل جراحی یا بستری در بیمارستان داشته اید؟			بیماری های قلب و عروق، درد قفسه سینه و فشار خون
		آیا از دارو برای بیش از ۲ ماه استفاده می کنید؟			بیماری قند(دیابت)
		سابقه بیماری های عفونی مانند سل، هیپاتیت، ایدز، تب مالت			بیماری های دستگاه تنفسی(سرفه مزمن، آسم، تنگی نفس)
		بیماری های گوارشی، دردهای مزمن شکمی، تهوع و استفراغ			بیماری های خونی، سابقه تزریق خون، کم خونی و تالاسمی
		بیماری های اعصاب و روان، اضطراب، افسردگی			بیماری های داخلی اعصاب، تشنج، سکته مغزی و ام اس
		بیماری های استخوانی، عضلات، مفاصل، مشکلات حرکتی			سابقه بیماری های سرطانی، تومور
		بیماری های پوستی، خال های بزرگ، توده جلدی			بیماری های کلیه، مجاری ادرار ، پروستات
		آیا به بیماری دیگری مبتلا بوده اید که ذکر نشده باشد؟			بیماری های غدد داخلی نظیر تیروئید
		چند در صد؟	در چه ناحیه ای؟		آیا دچار نقص عضو یا از کارافتادگی شده اید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
		وزن:	چه میزان؟		آیا در شش ماه گذشته کاهش یا افزایش وزن داشته اید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
در صورت داشتن بیماری فشار خون میزان آنرا در مدت حداکثر ۲ ماه گذشته ذکر کنید.					
در صورت انجام آزمایش خون در مدت حداکثر ۶ ماه پیش، چنانچه در آن موارد غیرعادی دیده می شود، بیان کنید.					
در صورت مصرف سیگار، مشروبات الکلی، مواد مخدر، مقدار و مدت مصرف را توضیح دهید.					
سوالات مخصوص خانم ها			چنانچه بیماری زنانه داشته اید، توضیح دهید.		
آیا باردار هستید؟ مدت؟					
سوالات مخصوص آقایان			آیا خدمت نظام وظیفه انجام داده اید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>		
			در صورت معافیت پزشکی علت آنرا توضیح دهید؟		
در صورت مثبت بودن هریک از سوالات فوق، با ذکر نوع بیماری، شروع زمان بیماری، داروی مصرفی، میزان و مدت مصرف، درمان انجام شده و وضعیت فعلی را توضیح دهید:					

## وضعیت سلامتی خانواده بیمه شده دوم

افراد خانواده	سن	وضعیت سلامت در صورت حیات	علت فوت	افراد خانواده	سن	وضعیت سلامت در صورت حیات	علت فوت
پدر				مادر			
آیا از بستگان درجه اول شما به بیماری قلبی، سرطان، دیابت و فشار خون مبتلا بوده اند؟ نوع بیماری و نسبت را توضیح دهید.							

اینجانبان (بیمه گذار و بیمه شده اول و بیمه شده دوم)، امضاء کنندگان این پیشنهاد اعلام می داریم که به کلیه سوالات مندرج در این پیشنهاد با صداقت و بطور کامل جواب داده ایم و از مقررات و شرایط عمومی بیمه نامه اطلاع کامل داریم و اعلام می نمائیم که جوابهای داده شده کاملاً درست و عین واقعیت است 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 یا پزشکان معتمد اجازه دارند هرگونه اطلاعی را که راجع به وضع مزاجی و سلامت بیمه شده نیاز باشد، کسب نمایند.

نام و امضاء بیمه شده دوم:

نام و امضاء بیمه شده اول:

نام و امضاء بیمه گذار:

تاریخ:

## مربوط به بیمه شده اول

گزارش فروشنده بیمه: مهرو امضاء نماینده یا فروشنده: تاریخ:	آیا بیمه شده را شخصاً رویت کرده اید و در حال حاضر سالم است؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> آیا اطلاعات کامل در اختیار بیمه گذار و بیمه شده قرار داده اید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> آیا صحت امضای امضاء کنندگان مورد تأیید است؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
اظهار نظر کارشناس صدور: نام و امضاء کارشناس:	با توجه به: پاسخ به پرسش های پزشکی یا براساس دستورالعمل صادره و جدول معاینات پزشکی بیمه شده نیاز به انجام معاینات پزشکی یا اظهار نظر پزشک معتمد: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>
اظهار نظر پزشک معتمد شرکت: مهرو امضاء پزشک: تاریخ:	پوشش خطر فوت با شرایط درخواستی برای بیمه شده از نظر پزشکی: با اضافه نرخ ..... تأیید می گردد <input type="checkbox"/> به صلاح نمی باشد <input type="checkbox"/> علت ..... ..... ..... پوشش های اضافی مورد تأیید: بیماری خاص <input type="checkbox"/> حادثه <input type="checkbox"/> معافیت حق بیمه <input type="checkbox"/>
اظهار نظر نهایی: نام و امضاء: تاریخ:	صدور بیمه نامه با توجه به مندرجات پیشنهاد و ضوابط و مقررات برای بیمه شده خانم/ آقای ..... ۱- بلامانع است <input type="checkbox"/> ۲- امکان پذیر نمی باشد <input type="checkbox"/> ۳- با اضافه نرخ ..... بلامانع است توضیحات:

## مربوط به بیمه شده دوم

گزارش فروشنده بیمه: مهرو امضاء نماینده یا فروشنده: تاریخ:	آیا بیمه شده را شخصاً رویت کرده اید و در حال حاضر سالم است؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> آیا اطلاعات کامل در اختیار بیمه گذار و بیمه شده قرار داده اید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> آیا صحت امضای امضاء کنندگان مورد تأیید است؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
اظهار نظر کارشناس صدور: نام و امضاء کارشناس:	با توجه به: پاسخ به پرسش های پزشکی یا براساس دستورالعمل صادره و جدول معاینات پزشکی بیمه شده نیاز به انجام معاینات پزشکی یا اظهار نظر پزشک معتمد: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>
اظهار نظر پزشک معتمد شرکت: مهرو امضاء پزشک: تاریخ:	پوشش خطر فوت با شرایط درخواستی برای بیمه شده از نظر پزشکی: با اضافه نرخ ..... تأیید می گردد <input type="checkbox"/> به صلاح نمی باشد <input type="checkbox"/> علت ..... ..... ..... پوشش های اضافی مورد تأیید: بیماری خاص <input type="checkbox"/> حادثه <input type="checkbox"/> معافیت حق بیمه <input type="checkbox"/>
اظهار نظر نهایی: نام و امضاء: تاریخ:	صدور بیمه نامه با توجه به مندرجات پیشنهاد و ضوابط و مقررات برای بیمه شده خانم/ آقای ..... ۱- بلامانع است <input type="checkbox"/> ۲- امکان پذیر نمی باشد <input type="checkbox"/> ۳- با اضافه نرخ ..... بلامانع است توضیحات: