



بسمه تعالی

پرسش نامه و پیشنهاد بیمه عمر و تأمین آتیه

(همراه با پوششهای تکمیلی)

تاریخ: _____

نام و کد نماینده: _____

نام و کد نماینده فروش: _____

پیشنهاد دهنده محترم:																																																																																				
به کلیه پرسش های این پیشنهاد جواب داده و هیچ سئوالی را بدون پاسخ نگذارید زیرا صحت این جوابها و کامل بودن آنها شرط اصلی معتبر بودن قرارداد بیمه عمر و تأمین آتیه است که براساس این پیشنهاد صادر می شود.																																																																																				
نام: _____ نام خانوادگی: _____ تاریخ تولد: روز: _____ ماه: _____ سال: _____ شغل: (لطفاً نوع شغلی را که به آن اشتغال دارید بصورت دقیق ذکر نمایید عناوین عام نظیر کارگر، آزاد، عنوان رشته تحصیلی و کارمند مورد قبول نمی باشد) شغل اصلی: _____ نشانی: _____ تلفن ثابت با ذکر کد شهر: _____ تلفن همراه: _____ نشانی الکترونیکی: _____ کد پستی: _____ شماره ثبت: _____ شماره شناسنامه: _____ محل تولد: _____ محل صدور: _____ نسبت با بیمه شده: _____ میزان درآمد ماهیانه: _____ ریال کد ملی: _____																																																																																				
نام پدر: _____ جنسیت: مرد ☐ زن ☐ وضعیت تأهل: مجرد ☐ متأهل ☐ شغل: (لطفاً نوع شغلی را که به آن اشتغال دارید بصورت دقیق ذکر نمایید، عناوین عام نظیر کارگر، آزاد، عنوان رشته تحصیلی و کارمند مورد قبول نمی باشد) شغل اصلی: _____ قد: _____ سانتی متر وزن: _____ کیلوگرم نشانی: _____ تلفن ثابت با ذکر کد شهر: _____ تلفن همراه: _____ نشانی الکترونیکی: _____ کد پستی: _____ نام خانوادگی: _____ تاریخ تولد: روز: _____ ماه: _____ سال: _____ محل تولد: _____ محل صدور: _____ نسبت بیمه شده با بیمه گذار: _____ میزان درآمد ماهیانه: _____ ریال کد ملی: _____																																																																																				
میزان سپرده اولیه (عدد، حروف): _____ ریال توان مالی پرداخت ماهانه در سال اول: _____ ریال مدت بیمه (عدد، حروف): _____ سال حق بیمه منظم: ماهانه ☐ سه ماهه ☐ شش ماهه ☐ سالانه ☐ مبلغ: _____ ریال مبلغ پرداختی قسط اول به همراه سپرده اولیه: _____ ریال نرخ افزایش حق بیمه: % (ثابت) ☐ % ۳ ☐ % ۵ ☐ % ۷ ☐ % ۱۰ ☐ % ۱۵ ☐ % ۲۰ ☐ % ۲۵ ☐ % ۳۰ ضریب سرمایه بیمه عمر در صورت فوت تا ۶۰ ☐ ۱۲۰ ☐ ۱۵۰ ☐ ۱۸۰ ☐ ۲۱۰ ☐ ۲۴۰ ☐ ۳۰۰ برابر حق بیمه نرخ افزایش سرمایه فوت % (ثابت) ☐ % ۳ ☐ % ۵ ☐ % ۷ ☐ % ۱۰ ☐ % ۱۵ ☐ % ۲۰ ، سرمایه فوت: _____ ریال پوششهای تکمیلی: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;">۱</td> <td style="width: 95%;">از کار افتادگی کامل و دائم</td> </tr> <tr> <td>۲</td> <td>حادثه</td> </tr> <tr> <td>۳</td> <td>بیماریهای خاص</td> </tr> <tr> <td>۴</td> <td>آتش سوزی</td> </tr> </table>										۱	از کار افتادگی کامل و دائم	۲	حادثه	۳	بیماریهای خاص	۴	آتش سوزی																																																																			
۱	از کار افتادگی کامل و دائم																																																																																			
۲	حادثه																																																																																			
۳	بیماریهای خاص																																																																																			
۴	آتش سوزی																																																																																			
بیمه گذار ☐ بیمه شده ☐ سایر ☐ نام و نام خانوادگی: _____ نام پدر: _____ تاریخ تولد: _____ نسبت: _____ شماره شناسنامه/کد ملی: _____																																																																																				
استفاده کننده: _____ از سرمایه بیمه در صورت فوت: ☐ تمام ☐ بخشی ☐ سایر ☐ استفاده کننده (اگر از سرمایه بیمه در صورت فوت بیمه شده): _____ برای قانون: به نسبت سهامی ☐ وراثت قانونی به نسبت سهام الارث ☐ سایر ☐																																																																																				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">ردیف</th> <th rowspan="2">نام</th> <th rowspan="2">نام خانوادگی</th> <th rowspan="2">نام پدر</th> <th rowspan="2">شماره شناسنامه</th> <th rowspan="2">کد ملی</th> <th colspan="3">تاریخ تولد</th> <th rowspan="2">نسبت استفاده کننده با بیمه شده</th> <th rowspan="2">درصد سهم</th> <th rowspan="2">اولویت</th> </tr> <tr> <th>روز</th> <th>ماه</th> <th>سال</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>۱</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>۲</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>۳</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>۴</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>۵</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>										ردیف	نام	نام خانوادگی	نام پدر	شماره شناسنامه	کد ملی	تاریخ تولد			نسبت استفاده کننده با بیمه شده	درصد سهم	اولویت	روز	ماه	سال	۱												۲												۳												۴												۵											
ردیف	نام	نام خانوادگی	نام پدر	شماره شناسنامه	کد ملی	تاریخ تولد			نسبت استفاده کننده با بیمه شده							درصد سهم	اولویت																																																																			
						روز	ماه	سال																																																																												
۱																																																																																				
۲																																																																																				
۳																																																																																				
۴																																																																																				
۵																																																																																				

وضعیت انجام نظام وظیفه: انجام خدمت ☐ معافیت پزشکی ☐ معافیت غیر پزشکی ☐ سایر ☐
 در صورت معافیت، علت آن را با ذکر ماده و بند مربوطه شرح دهید.
 آیا رشته (های) ورزشی خاصی را انجام می‌دهید؟ خیر ☐ بلی ☐ تفریحی ☐ حرفه‌ای ☐ نام رشته(های) ورزشی: _____
 در حال حاضر پوشش بیمه عمر و بیمه حوادث دیگری دارید؟ بلی ☐ خیر ☐ (در صورت دارا بودن بیش از یک بیمه نامه سرمایه ها جمع گردد)
 در صورت مثبت بودن جدول ذیل را کامل نمایید:

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

- تا به حال پیشنهاد بیمه عمر به شرکت بیمه‌ای داده‌اید که مورد قبول واقع نشده باشد؟ بلی ☐ خیر ☐ در صورت مثبت بودن توضیح دهید:
 در صورت ابتلا به هر یک از بیماریهای ذیل با قید علامت مشخص فرمائید:

بیماری	بلی	خیر	بیماری	بلی	خیر	بیماری	بلی	خیر	بیماری	بلی	خیر
۱ قلب			۶ غدد درون ریز			۱۱ اعتیاد			۱۶ هر نوع بیماری عفونی		
۲ فشار خون			۷ سرطان			۱۲ بیماری های استخوان			۱۷ هر نوع بیماری تنفسی		
۳ هر نوع تومور			۸ ایدز			۱۳ هر نوع بیماری خونی			۱۸ انواع هیپاتیت و سل		
۴ مغز			۹ مرض قند			۱۴ بیماری روحی و عصبی			۱۹ کلیه و مجاری ادرار		
۵ بیماری گوارشی، کبد و ...			۱۰ بیماری های گوش و حلق و بینی			۱۵ بیماری چشمی			۲۰ بیماری های پوستی		

در صورت مثبت بودن پاسخ هر کدام از سئوالات فوق، نام و علت بیماری، زمان شروع آن، نوع، میزان و مدت زمان داروهای مصرفی، درمان های انجام شده و وضعیت فعلی بیمه شده و در صورت انجام عمل جراحی، زمان و علت مشخص و مدارک عمل جراحی (در صورت دارا بودن) ضمیمه گردد.

در صورتیکه به بیماریهای دیگری غیر از موارد ذکر شده مبتلا بوده و یا هستید توضیح دهید:

در صورت مثبت بودن پاسخ هر یک از موارد ذیل با قید علامت مشخص فرمائید:

- آیا سیگار/ سایر مواد دخانی مصرف مینمایید؟ ☐ میزان و مدت زمان مصرف:
 - آیا باردار هستید؟ (مخصوص بانوان) ☐ (از صدور بیمه نامه برای بانوان باردار تا یکماه پس از زایمان معذوریم)
 - چنانچه آزمایش خون انجام داده اید آیا در خون شما موارد غیرعادی دیده شده است؟ ☐ آیا بر اثر حادثه مصدوم شده اید؟ ☐ آیا مورد عمل جراحی قرار گرفته اید؟ ☐
 - آیا نقص عضو دارید؟ ☐ - در صورت مثبت بودن پاسخ هر یک از سئوالات فوق در این قسمت توضیح داده شود:

آیا در بین افراد خانواده شما (پدر، مادر، خواهر، برادر، همسر و فرزندان) کسی به سل، سرطان، بیماریهای قلبی، بیماریهای غدد داخلی، بیماریهای خونی، مرض قند، بیماری 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 جوابهایی 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 قرارداد بیمه عمر و از دست دادن مزایای این قرارداد خواهد شد ضمناً شرکت بیمه پاسارگاد یا پزشکان 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 کس و یا هیچ دستگاهی گذاشته نخواهد شد.
 تاریخ، نام و امضاء بیمه گذار: _____ تاریخ، نام و امضاء بیمه شده: _____ 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 ☐ علت درخواست آزمایشات پزشکی: ۱- سرمایه بیمه نامه ☐ ۲- مسائل پزشکی ☐ ۳- سایر موارد: _____
۸ نظریه پزشک معتمد شرکت بیمه:	۱- ارائه پوشش بیمه ای بدون اضافه نرخ به لحاظ پزشکی بلامانع است. ☐ ۲- ارائه پوشش بیمه ای با اضافه نرخ _____ بلامانع است. ☐ ۳- ارائه پوشش بیمه ای به لحاظ پزشکی به صلاح نمی باشد. ☐ در صورت انتخاب گزینه ۲ و یا ۳ دلیل اضافه نرخ یا رد پزشکی پیشنهاد بیان شود. تاریخ، نام و امضاء پزشک معتمد: _____
۹ نظریه کارشناس صدور بیمه نامه:	صدور بیمه نامه با توجه به مندرجات پیشنهاد و ضوابط بیمه نامه بلامانع است؟ بلی ☐ خیر ☐ نام و امضاء کارشناس صدور: _____ تاریخ: _____
۱۰ نظریه مدیریت:	

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

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