



شماره بیمه‌نامه:

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 پرسش‌های این پیشنهاد جواب داده و هیچ سؤالی 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 می‌شود.

حقوقی: نام: شماره ثبت: کد اقتصادی:
حقیقی: نام: نام خانوادگی: شماره شناسنامه: کد ملی:

نام پدر: تاریخ تولد: روز: ماه: سال: محل تولد: محل صدور: نسبت با بیمه شده:
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: مشاغل فرعی: میزان درآمد ماهیانه: ریال

نشانی:
تلفن ثابت با ذکر کد شهر: تلفن همراه: نشانی الکترونیکی: کد پستی:

نام: نام خانوادگی: شماره شناسنامه: کد ملی:
نام پدر: تاریخ تولد: روز: ماه: سال: محل تولد: محل صدور:

جنسیت: مرد زن وضعیت تاهل: مجرد متأهل تعداد فرزندان: دختر پسر نسبت بیمه شده با بیمه گذار:
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: مشاغل فرعی: میزان درآمد ماهیانه: ریال

قد: سانتی متر وزن: کیلوگرم
نشانی:
تلفن ثابت با ذکر کد شهر: تلفن همراه: نشانی الکترونیکی: کد پستی:

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
نرخ افزایش حق بیمه: ۰٪ (ثابت) ۳٪ ۵٪ ۷٪ ۱۰٪ ۱۵٪ ۲۰٪ ۲۵٪

ضریب سرمایه بیمه عمر در صورت فوت تا ۱۲۰ ۱۵۰ ۱۸۰ ۲۱۰ ۲۴۰ ۲۷۰ ۳۰۰ ۳۳۰ ۳۶۰ برابر حق بیمه
نرخ افزایش سرمایه فوت: ۰٪ (ثابت) ۳٪ ۵٪ ۷٪ ۱۰٪ ۱۵٪ ۲۰٪ سرمایه فوت: ریال
پوششهای تکمیلی:

۱	از کارافتادگی 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"/> سرمایه بیمه عمر حداکثر تا مبلغ ۴۰۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال
۲	حادثه	فوت: یک <input type="checkbox"/> دو <input type="checkbox"/> سه <input type="checkbox"/> برابر سرمایه بیمه عمر نقص عضو و از کارافتادگی: یک <input type="checkbox"/> دو <input type="checkbox"/> سه <input type="checkbox"/> برابر سرمایه بیمه عمر هزینه پزشکی: ۵٪ <input type="checkbox"/> ۱۰٪ <input type="checkbox"/> سرمایه حادثه (فوت) زلزله و آتشفشان <input type="checkbox"/> اعتصاب، شورش، بلوا <input type="checkbox"/>
۳	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 و حداکثر ۲۵۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال
۴	آتش سوزی	ضریب سرمایه بیمه آتش سوزی منزل مسکونی: ۵۰٪ <input type="checkbox"/> ۷۵٪ <input type="checkbox"/> ۱۰۰٪ <input type="checkbox"/> ۱۵۰٪ <input type="checkbox"/> برابر حق بیمه ماهانه نشانی محل مورد بیمه (لطفاً آدرس منزل مسکونی همراه با شماره پلاک، شماره واحد و کد پستی باشد. در صورت نداشتن شماره پلاک، درج شماره کنتور آب یا برق الزامی است): <input type="text"/>

بیمه گذار بیمه شده سایر نام پدر:
شماره شناسنامه/کد ملی: تاریخ تولد: نسبت:

وراث قانونی به نسبت سهم الارث: وراث قانونی به نسبت مساوی سایر به شرح جدول ذیل

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											

۱- مشخصات بیمه گذار (حداقل ۱۵ سال تمام)

۲- مشخصات بیمه شده (از بزرگسال تا ۷۵ سالگی)

۳- مشخصات بیمه نامه و پوشش های تکمیلی مورد درخواست

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

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

نام و نام خانوادگی بیمه شده: _____ شماره بیمه‌نامه: _____

وضعیت انجام نظام وظیفه: انجام خدمت معافیت پزشکی معافیت غیرپزشکی 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؟ خیر بلی (در صورت دارا بودن بیش از یک بیمه نامه سرمایه‌ها 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 بیمه ای داده اید 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			۱۱ (صرع (تشنج)			۶ غدد داخلی			۱۲ بیماری های استخوان		
۲ فشار خون			۱۳ هر نوع بیماری خونی			۷ سرطان			۱۴ بیماری روحی و عصبی		
۳ هر نوع تومور			۱۵ بیماری چشمی			۸ ایدز			۱۹ بیماری های گوش و حلق و بینی		
۴ مغز						۹ دیابت					
۵ بیماری گوارشی، کبد و ...						۱۰ بیماری های کوش و حلق و بینی					

در صورت مثبت بودن پاسخ هر کدام از سئوالات فوق، نام و علت بیماری، زمان شروع آن، نوع، میزان و مدت زمان داروهای مصرفی، درمان‌های 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 / مشروبات الکلی و مواد مخدر مصرف مینمایید؟ میزان و مدت زمان مصرف:
- آیا باردار هستید؟ (مخصوص بانوان) (از صدوربیمه 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 شده‌اید؟ 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 (بیمه‌گذار و بیمه شده) امضاء کنندگان این پیشنهاد اعلام می‌داریم 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 می‌گیرد 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/مدیرارشد/مدیرفروش: _____ تاریخ، نام و امضاء نماینده فروش: _____

۷- اظهار نظر بیمه گذار/شرکت صدور بیمه نامه	صدر بیمه نامه نیاز به معاینات و آزمایشات پزشکی دارد؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> علت درخواست آزمایشات پزشکی: ۱- سرمایه بیمه نامه <input type="checkbox"/> ۲- مسائل پزشکی <input type="checkbox"/> ۳- سایر موارد:
۸- اظهار نظر شرکت بیمه	۱- ارائه پوشش بیمه ای بدون اضافه نرخ به لحاظ پزشکی بلامانع است. <input type="checkbox"/> ۲- ارائه پوشش بیمه ای با اضافه نرخ بلامانع است. <input type="checkbox"/> ۳- ارائه پوشش بیمه ای به لحاظ پزشکی به صلاح نمی باشد. <input type="checkbox"/> در صورت انتخاب گزینه ۲ و ۳ دلیل اضافه نرخ یا رد پزشکی پیشنهاد بیان شود. تاریخ، نام و امضاء پزشک معتمد:
۹- اظهار نظر بیمه کارشناس صدور بیمه نامه	صدر بیمه‌نامه با توجه به مندرجات فرم پیشنهاد و قوانین و مقررات بیمه و بیمه‌گری بلامانع است؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نام و امضاء کارشناس صدور: _____ تاریخ: _____
۱۰- اظهار مدیریت	

* این پیشنهاد هیچ‌گونه تعهدی برای شرکت بیمه و بیمه‌گذار در صورت عدم انعقاد قرارداد ایجاد نکرده و هیچ نوع خسارتی قابل مطالبه نخواهد بود.

* اعتبار بیمه عمر و تأمین آتیه از پرداخت اولین قسط حق بیمه و با صدور بیمه نامه شروع می‌گردد.