



(سهامی عام)

شماره ثبت ۲۰۰۷۲۲

فرم پیشنهاد بیمه نامه مانده بدهکار

شناسه مدرک: PI-2410-FR-110

شماره بازنگری: 00

پیشنهاد دهنده گرامی، خواهشمند است به همه پرسش‌های درج‌شده در این فرم با صداقت و به صورت کامل و خوانا پاسخ داده و سپس امضاء فرمایید. شرط اصلی اعتبار بیمه‌نامه در صورت صدور، صحت اطلاعات درج‌شده در این فرم و پاسخ‌های شما بوده و به آن استناد خواهد شد. همچنین تکمیل این فرم هیچ تعهدی را برای بیمه‌گر ایجاد نمی‌نماید.

مشخصات بیمه‌گذار	نام خانوادگی:										
	نام:										
	کد ملی:										
	تاریخ تولد:										
شماره شناسنامه:											
نام پدر:											
محل صدور شناسنامه:											
شغل اصلی:											
نشانی دقیق:											
کد پستی:											

مشخصات بیمه شده	نام خانوادگی:										
	نام:										
	کد ملی:										
	تاریخ تولد:										
شماره شناسنامه:											
نام پدر:											
محل صدور شناسنامه:											
شغل اصلی:											
نشانی دقیق:											
کد پستی:											

مبلغ وام (اصل و بهره):										
مدت بازپرداخت وام:										

اولویت	درصد سهم	نسبت با بیمه‌شده	محل تولد / ثبت	تاریخ تولد / ثبت			شماره شناسنامه / ثبت	کد ملی / شناسه ملی	نام پدر	جنسیت	نام و نام خانوادگی / نام موسسه	مشخصات	در صورت فوت بیمه‌شده	استفاده کنندگان از سرمایه بیمه‌نامه
				روز	ماه	سال								

ردیف	بیماری (سوابق بیماری)
۱	بیماری‌های قلب و عروق (درد قفسه سینه، سکته قلبی، واریس، تپش قلب و ...)، کلیه و مجاری ادرار (پروستات، سنگ کلیه و ...) یا بیماری‌های دستگاه تنفسی (سرفه مزمن، آسم، تنگی نفس و ...)
۲	بیماری‌های خونی (سابقه تزریق خون، کم‌خونی، ...)، بیماری‌های گوارشی (کبد، پانکراس، دردهای طولانی مدت شکمی، ...)، بیماری‌های پوستی (خون‌ریزی یا خون‌مردگی زیرپوستی، خال‌های بزرگ در حال رشد، غده‌های پوستی) یا بیماری‌های غدد، داخلی و تیروئید (تغییر وزن، تعریق فراوان، چربی خون بالا، ...)
۳	بیماری‌هایی از قبیل دیابت، فشار خون، سرطان، تومور، روماتیسم و بیماری‌های اسکلتی و عضلانی یا بیماری‌های عفونی (سل، هیپاتیت، حصبه، تب مالت، مالاریا، ایدز، کیست هیداتیک، آبله مرغان و ...)
۴	بیماری‌های گوش، حلق و بینی (سرگیجه، خونریزی بینی، کاهش شنوایی، ...) یا بیماری‌های چشمی (ضربه به چشم، پارگی مویرگ‌های چشم، تاری دید، دوبینی، کاهش بینایی، ...)
۵	بیماری‌های اعصاب و روان (افسردگی، اضطراب، سابقه خودکشی و ...)، بیماری‌های داخلی اعصاب (تشنج، سکته مغزی، مشکلات حرکتی، فراموشی و ...) یا خونریزی مغزی
۶	آیا سابقه مصرف دارو برای طولانی مدت دارید؟
۷	آیا سابقه عمل جراحی یا بستری شدن در بیمارستان، آسایشگاه و یا سایر مراکز درمانی را دارید؟
۸	آیا به بیماری یا عارضه دیگری مبتلا شده‌اید که ذکر نشده باشد؟
۹	آیا در حال حاضر به علت بیماری یا مورد خاص تحت مداوا یا مشاوره پزشکی قرار دارید؟
۱۰	آیا در حال حاضر باردار هستید یا دچار عوارض و بیماری‌های ناشی از حاملگی و زایمان شده‌اید؟ آیا بیماری‌های زنانه دارید یا دچار ترشح، خونریزی، درد یا توده در پستان و ... شده‌اید؟
۱۱	در صورتی که به علت معافیت پزشکی، از خدمت سربازی معاف شده‌اید، ضمن ارسال کپی کارت معافیت، ماده، بند و علت معافیت ذکر گردد. ماده: بند: علت:
قد بیمه‌شده	وزن بیمه‌شده
سنتی‌متر	کیلوگرم

در صورت مثبت بودن هر کدام از سوالات بالا، موارد را به‌طور کامل توضیح دهید. ذکر نام بیماری، زمان شروع بیماری و درمان‌های صورت گرفته (سربایی یا بستری)، نوع، میزان و مدت زمان داروی مصرفی، وضعیت فعلی (بیمه‌شده)، میزان نقص عضو احتمالی ضروری است.

آیا در حال حاضر پیشنهاد بیمه عمر یا حادثه در جریان صدور یا صادر شده دارید؟	بلی	خیر
شرکت بیمه‌گر	نوع بیمه‌نامه	وضعیت پیشنهاد / بیمه‌نامه
در جریان صدور	صدور	تاریخ صدور
بیمه‌نامه حادثه	بیمه‌نامه عمر	شرح

اینجانبان (بیمه‌شده و بیمه‌گذار) امضاء کنندگان این پیشنهاد اعلام می‌نماییم که پاسخ‌های داده شده کاملاً درست و عین واقعیت بوده و مطلع هستیم که هرگونه اظهار خلاف واقع و خودداری از واقع‌گویی، به موجب قانون بیمه باعث باطل شدن قرارداد بیمه عمر یا سایر تبعات (حسب قانون) خواهد شد. همچنین بیمه‌گر اجازه دارد هرگونه اطلاعاتی را که در مورد وضع سلامت بیمه‌شده یا سایر موضوعات مرتبط با بیمه‌نامه نیاز باشد کسب نماید.	
نام بیمه‌گذار / نام موسسه:	نام بیمه‌شده:
امضاء بیمه‌گذار / مهر موسسه:	امضاء بیمه‌شده:
تاریخ: / /	تاریخ: / /

آیا درباره شرایط بیمه عمر اطلاعات کامل در اختیار بیمه‌گذار و بیمه‌شده گذارده‌اید؟	بلی	خیر
آیا صحت امضاء بیمه‌شده و بیمه‌گذار مورد تایید شما می‌باشد؟	بلی	خیر
تاریخ: / /	نام، امضاء و مهر پزشک معتمد:	
افزایش نرخ	درصد:	

آدرس: تهران، خیابان ولی‌عصر، بالاتر از بلوار میرداماد، خیابان قبادیان غربی، پلاک ۲۲، کد پستی: ۱۹۶۹۶۳۳۴۳۱ - مرکز ارتباطات ۸۲۵۹

www.parsianinsurance.ir