



شماره پیش نویس :

شماره بیمه نامه :

بسمه تعالی

## پرسش نامه و پیشنهاد بیمه عمر و تأمین آتیه

(همراه با پوشش های تکمیلی)

تاریخ : / /

نام و کد نمایندگی :

نام و کد نماینده فروش :

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 بر اساس این پیشنهاد صادر می شود.

## ۱ - مشخصات بیمه گذار (حداقل سن بیمه گذاران ۱۸ سال تمام و در صورت شاغل بودن ۱۵ سال تمام می 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 :

جنسیت : مرد  زن  وضعیت تاهل : مجرد  متأهل  تعداد فرزندان : پسر  دختر  نسبت با بیمه شده :

شغل اصلی و فرعی (لطفاً از عناوینی نظیر آزاد، کارگر، کارمند و عنوان رشته تحصیلی خودداری نمایید) : میزان درآمد ماهیانه : ریال

نشانی : کد پستی :

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 :

جنسیت : مرد  زن  وضعیت تاهل : مجرد  متأهل  تعداد فرزندان : پسر  دختر  نسبت با بیمه گذار :

شغل اصلی و فرعی (لطفاً از عناوینی نظیر آزاد، کارگر، کارمند و عنوان رشته تحصیلی خودداری نمایید) : میزان درآمد ماهیانه : ریال

نشانی : کد پستی :

تلفن ثابت : [ ] تلفن همراه : [ ] نشانی الکترونیکی :

قد (بیمه شده) : [ ] سانتی متر ، وزن (بیمه شده) : [ ] کیلوگرم

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

میزان سپرده اولیه : ریال ، توان مالی پرداخت ماهانه در سال اول : ریال ، مدت بیمه نامه : سال

حق بیمه منظم : ماهانه  سه ماهه  شش ماهه  سالانه  مبلغ : ریال ، مجموع مبلغ قسط اول و سپرده : ریالنرخ سالانه افزایش حق بیمه : % ثابت  % ۳  % ۵  % ۷  % ۱۰  % ۱۵  % ۲۰  % ۲۵ ضریب سرمایه بیمه عمر در صورت فوت : % ۱۲۰  % ۱۸۰  % ۲۱۰  % ۲۴۰  % ۲۷۰  % ۳۰۰  % ۳۳۰  % ۳۶۰  برابر حق بیمه ماهانهنرخ سالانه افزایش سرمایه فوت : % ثابت  % ۳  % ۵  % ۷  % ۱۰  سرمایه فوت : میلیون ریال

## پوششهای تکمیلی :

از کار افتادگی : معافیت از پرداخت به میزان : % ۵۰  % ۱۰۰  حق بیمهکامل و دائم : پرداخت سرمایه به میزان : % ۱۰  % ۲۵  % ۴۰  سرمایه بیمه عمر ، حداکثر تا مبلغ ۶۰۰ میلیون ریالفوت :  ۱  ۲  ۳ برابر سرمایه بیمه عمرنقص عضو و از کار افتادگی :  ۱  ۲  ۳ برابر سرمایه بیمه عمرهزینه پزشکی : % ۵  % ۱۰  سرمایه حادثه فوتبیماریهای خاص : سرمایه ابتلا به بیماری های خاص به میزان : % ۱۰  % ۲۰  % ۳۰  سرمایه بیمه عمر ، حداکثر تا مبلغ ۴۰۰ میلیون ریالضریب 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 : 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 ذیل) 

ردیف	نام	نام خانوادگی (نام مؤسسه)	نام پدر	کد ملی (شماره ثبت)	تاریخ تولد	نسبت با بیمه شده	درصد سهم اولویت
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 (بانضمام کپی کارت معافیت) :  
 آیا رشته [های] ورزشی خاصی انجام می دهید ؟ خیر □ ، بلی □ : تفریحی □ حرفه ای □ نام ببرید :  
 در حال حاضر پوشش بیمه 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 (های)	بلی	خیر	بیماری (های)	بلی	خیر	بیماری (های)	بلی	خیر
۱ قلب			۱۱ صرع (تشنج)			۶ غدد داخلی		
۲ فشار خون			۱۲ استخوان			۷ سرطان		
۳ هر نوع تومور			۱۳ خونی			۸ ایدز		
۴ مغز			۱۴ روحی و عصبی			۹ دیابت		
۵ گوارشی			۱۵ چشمی			۱۰ گوش و حلق و بینی		
۱۶ عفونی								
۱۷ تنفسی								
۱۸ انواع هیپاتیت و سل								
۱۹ کلیه و مجاری ادراری								
۲۰ پوستی								

در صورت مثبت بودن پاسخ هر کدام از پرسشهای فوق ، نام کامل و علت بیماری ، زمان شروع آن ، نوع ، میزان و مدت زمان داروهای مصرفی ، درمان های انجام شده و وضعیت فعلی خود را به صورت کتبی و در صورت انجام عمل جراحی ، زمان و علت مشخص را به صورت کتبی به همراه مدارک عمل جراحی (در صورت دارا بودن) ضمیمه نمائید.  
 در صورتیکه 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 :  
 آیا باردار هستید ؟ (مخصوص بانوان) خیر □ بلی □ (از صدور بیمه نامه برای بانوان باردار تا یک ماه پس از زایمان معذوریم)  
 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 □ (در صورت مثبت بودن پاسخ هر یک از پرسشها، لطفاً توضیح دهید)  
 آیا در خانواده شما (پدر، مادر، برادر، خواهر، همسر و فرزندان) فردی به بیماری های سل، سرطان، قلبی، 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) امضاء کنندگان این پیشنهاد اعلام می داریم که تمام پاسخ هایی 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 یا پزشک معتمد آن شرکت اجازه دارند هر گونه 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 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 □ 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 و امضاء پزشک معتمد

۹ - نظر نهایی کارشناس صدور بیمه نامه :  
 صدور بیمه نامه با توجه به مندرجات فرم پیشنهاد و قوانین بیمه و بیمه گری بلامانع است ؟ بلی □ خیر □ تاریخ، نام و امضاء کارشناس صدور

۱۰ - نظر مدیریت (در صورت لزوم) :