



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.

**۱- مشخصات بیمه گذار:**

حقوقی: نام: شماره ثبت: کداقتصادی:  
حقیقی: نام: نام خانوادگی: شماره شناسنامه: کدملی:  
نام پدر: تاریخ تولد: روز: ماه: سال: محل تولد: محل صدور:  
شغل: (لطفاً از عناوین عام نظیر کارگر، آزاد، رشته تحصیلی و کارمند استفاده نفرمائید)  
نشانی:  
تلفن ثابت: تلفن همراه: نشانی الکترونیکی: کدپستی:

**۲- مشخصات بیمه شده:**

نام: نام خانوادگی: شماره شناسنامه: کد ملی:  
نام پدر: تاریخ تولد: روز: ماه: سال: محل تولد: محل صدور:  
جنسیت: مرد  زن  وضعیت تأهل: مجرد  متأهل  تعداد فرزندان: دختر ..... پسر ..... نسبت بیمه شده با بیمه گذار:  
شغل: (لطفاً از عناوین عام نظیر کارگر، آزاد، رشته تحصیلی و کارمند استفاده نفرمائید)  
نشانی:  
تلفن ثابت: تلفن همراه: نشانی الکترونیکی: کدپستی:

**۳- شرایط بیمه عمر و تأمین آتیه و پوشش های تکمیلی مورد تقاضا:**

مبلغ سپرده اولیه: ریال ..... توان مالی پرداخت ماهانه در سال اول: ریال ..... مدت بیمه: ..... سال  
روش پرداخت حق بیمه: ماهانه  سه ماهه  شش ماهه  سالانه  یکجا  مبلغ حق بیمه برحسب روش پرداخت: ..... ریال  
ضریب سرمایه بیمه عمر در صورت فوت تا ۶۰  ۱۲۰  ۱۵۰  ۱۸۰  ۲۱۰  ۲۴۰  ۳۰۰  برابر حق بیمه ماهانه  
افزایش سالانه حق بیمه  درصد افزایش سالانه سرمایه بیمه عمر  درصد افزایش سرمایه بیمه آتش سوزی  ۵ درصد  ۱۰ درصد   
پوششهای تکمیلی:

۱	از کارافتادگی کامل و دائم	معافیت از پرداخت به میزان: <input type="checkbox"/> ۵۰٪ <input type="checkbox"/> ۱۰۰٪ حق بیمه پرداخت سرمایه به میزان: <input type="checkbox"/> ۱۰٪ <input type="checkbox"/> ۲۵٪ <input type="checkbox"/> ۴۰٪ 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: <input type="checkbox"/> ۵٪ <input type="checkbox"/> ۱۰٪ سرمایه حادثه (فوت) پوشش خطرات اضافی بیمه حادثه زلزله و آتشفشان <input type="checkbox"/> اعتصاب، شورش، بلوا <input type="checkbox"/>
۳	بیماریهای خاص	سرمایه ابتلا به بیماری های خاص به میزان: <input type="checkbox"/> ۱۰٪ <input type="checkbox"/> ۲۰٪ <input type="checkbox"/> ۳۰٪ سرمایه بیمه عمر و حداکثر ۲۵۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال
۴	آتش سوزی	ضریب سرمایه بیمه آتش سوزی منزل مسکونی: <input type="checkbox"/> ۵۰۰ <input type="checkbox"/> ۷۵۰ <input type="checkbox"/> ۱۰۰۰ <input type="checkbox"/> 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، شماره کنتور آب یا برق قید گردد):

**۴- استفاده کننده از سرمایه بیمه در صورت حیات بیمه شده:**

بیمه گذار  بیمه شده  سایر  نام و نام خانوادگی:  
شماره شناسنامه/کدملی: تاریخ تولد:  
نام پدر: نسبت:

**۵- استفاده کننده (گان) از سرمایه بیمه در صورت فوت بیمه شده: وراث قانونی به نسبت مساوی  وراث قانونی به نسبت سهم الارث  سایر  به شرح ذیل نام ببرید:**

ردیف	نام و نام خانوادگی	نام پدر	شماره شناسنامه	کد ملی	تاریخ تولد	نسبت استفاده کننده با بیمه شده	درصد استفاده از سرمایه
۱							
۲							
۳							
۴							
۵							

قد  سانتی متر وزن  کیلوگرم آیا خدمت نظام وظیفه را انجام داده اید؟  بلی  خیر

در صورت عدم انجام خدمت نظام وظیفه و یا معافیت پزشکی علت آن را توضیح دهید:

به کدام ورزش می پردازید؟ اشتغال شما به این ورزش جنبه حرفه ای دارد؟  بلی  خیر

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 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
۱	قلب	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۲	فشار خون	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۳	هر نوع تومور	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۴	مغز	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

بیماری		بلی	خیر
۵	غدد درون ریز	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۶	سرطان	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۷	ایدز	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۸	مرض قند	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

بیماری		بلی	خیر
۹	اعتیاد	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۰	بیماری های استخوان	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۱	هر نوع بیماری خونی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۲	بیماری روحی و عصبی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

بیماری		بلی	خیر
۱۳	هر نوع بیماری عفونی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۴	هر نوع بیماری تنفسی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۵	انواع هپاتیت	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۶	کلیه و مجاری ادرار	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

در صورت ابتلا به هر یک از بیماریهای فوق، علت بیماری و زمان شروع آن، نام و میزان داروهای مصرفی و نام پزشک معالج 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 ارائه پوشش بیمه به 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 سوالات 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 اطلاعی را که ممکن است موجب اشتباه بیمه پاسارگاد شود کتمان نکرده ایم و مطلعیم که هرگونه اظهار خلاف و خودداری از واقع گوئی 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 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 مدیرارشد/مدیرفروش: \_\_\_\_\_ 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:

صدور بیمه نامه با توجه به وضعیت پزشکی بیمه شده بدون اضافه نرخ مقدور می باشد؟  بلی  خیر در صورتیکه جواب منفی است میزان اضافه نرخ چه ضریبی است؟  
 نظریه نهائی پزشک معتمد در مورد علت اضافه نرخ و سایر مسائل پزشکی:  
 تاریخ، نام و امضاء پزشک معتمد: \_\_\_\_\_

۹- نظر نهایی 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- نظر 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 تأمین آتیه از پرداخت اولین قسط حق بیمه و با صدور بیمه نامه شروع می گردد.

ادارات مرکزی: تهران، خیابان دکتر فاطمی، نبش هشت بهشت، شماره ۲ کدپستی: ۱۴۱۴۷۶۴۱۳۷ تلفن: ۸۲۴۸۹ (۰۲۱) دورنگار: ۸۸۹۸۵۷۷۸ (۰۲۱)