

فرم پیشنهاد بیمه نامه جامع عمر و سرمایه گذاری

نام و کد نمایندگی / معرف : تاریخ : / /

نام خانوادگی : نام :
 تاریخ تولد : / / نام پدر : شماره شناسنامه : محل صدور :
 جنسیت : مرد زن وضعیت تاهل : متاهل مجرد کد ملی : فعالیت شغلی :
 شماره ثبت : کد اقتصادی :
 نشانی کامل منزل : کدپستی : شماره تلفن :
 نشانی کامل محل کار : کدپستی : شماره تلفن :
 نشانی پست الکترونیک : نوشتن پیش شماره تلفن الزامی می باشد . شماره تلفن همراه :

بیمه گذار حقیقی / حقوقی

نام خانوادگی : نام :
 تاریخ تولد : / / نام پدر : شماره شناسنامه : محل صدور :
 جنسیت : مرد زن وضعیت تاهل : متاهل مجرد کد ملی : فعالیت شغلی :
 شماره ثبت : کد اقتصادی :
 نشانی کامل منزل : کدپستی : شماره تلفن :
 نشانی کامل محل کار : کدپستی : شماره تلفن :
 نشانی پست الکترونیک : نوشتن پیش شماره تلفن الزامی می باشد . شماره تلفن همراه :

بیمه شده

سرمایه فوت اولیه : ریال حق بیمه در شروع قرارداد : ریال
 مدت بیمه نامه : سال سپرده اولیه : ریال
 درصد کاهش یا افزایش سالانه حق بیمه : در صد افزایش سالانه سرمایه فوت :
 پوشش تکمیلی فوت بر اثر حادثه بلی خیر
 پوشش تکمیلی بیماری های خاص تحت پوشش بلی خیر
 پوشش نقض عضو و از کار افتادگی به علت حادثه بلی خیر
 پوشش تکمیلی معافیت از پرداخت حق بیمه بلی خیر
 آیا در حال حاضر بیمه نامه عمر دیگری دارید؟ بلی خیر نوع بیمه نامه : نزد شرکت با سرمایه فوت ریال
 آیا در حال حاضر پیشنهاد بیمه عمر در جریان صدور دارید؟ بلی خیر نزد شرکت با سرمایه فوت ریال
 آیا متقاضی تبدیل سرمایه پایان دوره به مستمری می باشید؟ بلی خیر
 • **تذکر :** چنانچه در طول مدت اعتبار بیمه نامه و یا پس از پایان آن مشخص شود که بیمه شده بیمه نامه های عمر خود را که نزد هر یک از شرکت های بیمه داشته، در این فرم اعلام ننموده است، شرکت بیمه می تواند از پرداخت تمام و یا بخشی از تعهدات سرمایه فوت و حادثه خودداری نماید.

مشخصات بیمه نامه عمر و سرمایه گذاری

ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره شناسنامه	کد ملی	نام پدر	نسبت با بیمه شده	درصد سهم

در صورت فوت بیمه کننده استفاده کنندگان

استفاده کننده در صورت حیات بیمه شده
 نام و نام خانوادگی : شماره شناسنامه / کد ملی : نسبت با بیمه شده :

- سرمایه فوت حادثه بیش از ۲ میلیارد ریال طبق آئین نامه بیمه مرکزی مجاز نمی باشد .
- در صورتی که استفاده کننده (گان) از سرمایه بیمه تعیین نگردد، سرمایه بیمه بین وراثت و براساس قانون ارث تقسیم می گردد .

فرم پیشنهاد بیمه نامه جامع عمر و سرمایه گذاری

سوالات عمومی و پزشکی از بیمه شده (لطفاً با خط خوانا بنویسید.)	<p>۱- آیا خدمت وظیفه انجام داده اید : <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>• علت عدم انجام خدمت وظیفه را مشخص فرمایید : <input type="checkbox"/> پزشکی <input type="checkbox"/> سایر</p> <p>• در صورت معافیت پزشکی لطفاً علت آن را توضیح دهید :</p>
	<p>۲- قد سانتیمتر وزن کیلوگرم</p>
	<p>۳- آیا تا به حال مبتلا به بیماری‌هایی از قبیل قلب و عروق، فشارخون، هپاتیت، بیماری‌های عفونی، خونی، هورمونی، ریوی، سرگیجه، کلیوی، یرقان، ایدز و یا هر نوع بیماری‌های داخلی عفونی دیگر، سرطان، آسم، صرع، دیابت، انواع ناراحتی‌های اعصاب و روان و یا هر نوع بیماری مزمن دیگر شده‌اید؟</p> <p><input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر در صورت مثبت بودن مدت ابتلا را ذکر نمایید.</p> <p>• آیا از سیگار، مشروبات الکلی و یا مواد مخدر استفاده کرده یا می‌کنید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>• آیا در حال حاضر دارای نقص عضو هستید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>در چه ناحیه‌ای؟ در صد میزان نقص عضو؟</p>
	<p>۴- آیا تا به حال عمل جراحی انجام داده اید : <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر اگر پاسخ مثبت است توضیح دهید.</p>
	<p>۵- آیا در حال حاضر به هر دلیل تحت نظر پزشک می‌باشید : <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر اگر پاسخ مثبت است توضیح دهید.</p> <p>آیا در حال حاضر از داروی خاصی استفاده می‌کنید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر نوع دارو : مدت زمان مصرف.</p>
	<p>۶- آیا در بین افراد خانواده شما کسی به سل، بیماری‌های قلبی، دیابت، روحی و عصبی و یا بیماری‌های واگیردار مبتلا بوده یا می‌باشد <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>در صورت مثبت بودن، با ذکر نام بیماری توضیح کامل دهید.</p>
تاییدیه	<p>اینجانبان، تایید می‌نماییم به کلیه سؤالات مطروحه در این فرم پیشنهاد در کمال صداقت پاسخ داده و هرگونه اظهار خلاف واقع، به موجب ماده ۱۲ قانون بیمه باعث ابطال بیمه نامه و از دست دادن مزایای آن به صورت کامل خواهد بود. همچنین به شرکت بیمه البرز اجازه داده می‌شود به منظور کسب هرگونه اطلاعات تکمیلی در خصوص وضع مزاجی و سلامت بیمه شده (در صورت لزوم) اقدام نموده و این اطلاعات صرفاً جهت پذیرش بیمه شده مورد استفاده قرار گرفته و در اختیار هیچ شخص حقیقی یا حقوقی قرار داده نمی‌شود.</p> <p>قبول بیمه نامه به منزله موافقت با شرایط و مفاد بیمه نامه می‌باشد و هرگونه تغییر با درخواست کتبی بیمه گذار و موافقت بیمه گر صورت خواهد گرفت.</p> <p style="text-align: center;">نام و امضاء بیمه گذار نام و امضاء بیمه شده مهر و امضاء نماینده / کارگزار</p> <p style="text-align: center;">تاریخ/...../..... تاریخ/...../..... تاریخ/...../.....</p>
نظریه کارشناس صدور	<p>آیا بیمه شده نیاز به انجام معاینات پزشکی <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد</p> <p style="text-align: center;">نام و امضاء کارشناس صدور تاریخ/...../.....</p>
<p>یادآوری ۱ : در صورت نیاز به انجام معاینات پزشکی بیمه شده از فرم شماره پنج استفاده شود.</p> <p>یادآوری ۲ : تکمیل این فرم قبل از صدور بیمه نامه هیچ گونه تعهدی را برای بیمه گر ایجاد نمی‌کند.</p> <p>یادآوری ۳ : فرم پیشنهاد می‌بایستی بدون هرگونه خط خوردگی، لاک گرفتگی، خراشیدگی، دوباره‌نویسی و یا محوشدن تکمیل شده باشد.</p>	