



فرم پیشنهاد صدور بیمه نامه جامع عمر و پس انداز



بیمه گذار محترم، شرکت بیمه آسیا برای ارائه خدمات بهتر و جلب رضایت شما مشتریان عزیز توصیه می نماید با مطالعه مفاد این پرسشنامه و آگاهی کامل از شرایط بیمه نامه و تعهدات قرارداد، اقدام به خریدنمایید. لذا خواهشمند است پاسخ کلیه سؤالات احتمالی خود را از همکاران این شرکت دریافت و متعاقب آن تصمیم گیری نمایید.

کد رایانه: (این فرم لازم است بدون خط خوردگی توسط بیمه گذار و بیمه شده تکمیل گردد.) تاریخ تکمیل:/...../.....

نام خانوادگی/ نام شرکت:									
نام:									
تاریخ تولد:/...../..... شماره شناسنامه: نام پدر: محل تولد: تابعیت: جنسیت: ☐ زن ☐ مرد									
شماره ملی (حقیقی/کد اقتصادی/حقوقی): <input type="text"/> شماره ثبت: <input type="text"/> شغل: وضعیت تأهل: ☐ متاهل ☐ مجرد (لطفاً از ذکر عناوینی نظیر آزاد و کارگر خودداری نمایید)									
تلفن ثابت: کدشهرستان: تلفن همراه: نسبت با بیمه شده: شماره پرسنلی:									
نشانی دقیق محل کار: پست الکترونیکی: @									
نشانی دقیق محل سکونت: کد پستی:									

توجه: "در صورت یکسان بودن بیمه گذار و بیمه شده نیاز به تکمیل این قسمت نمی باشد."

نام خانوادگی:									
نام:									
تاریخ تولد:/...../..... شماره شناسنامه: نام پدر: محل تولد: تابعیت: جنسیت: ☐ زن ☐ مرد									
شماره ملی: <input type="text"/> شغل: (لطفاً از ذکر عناوینی نظیر آزاد و کارگر خودداری نمایید) وضعیت تأهل: ☐ متاهل ☐ مجرد									
تلفن ثابت: کدشهرستان: تلفن همراه: شماره پرسنلی:									
نشانی دقیق محل کار: پست الکترونیکی: @									
نشانی دقیق محل سکونت: کد پستی:									

۱- روش پرداخت حق بیمه: ☐ یکجا ☐ سالانه ☐ دو قسط شش ماهه ☐ چهار قسط سه ماهه ☐ شش قسط دو ماهه ☐ دوازده قسط ماهانه (گروهی)	
۲- حق بیمه قسط اول: <input type="text"/> ریال	۳- حق بیمه سالانه: <input type="text"/> ریال
۴- میزان افزایش سالانه حق بیمه در سنوات آتی: ☐ ثابت ☐ ۵٪ ☐ ۱۰٪ ☐ ۱۵٪ ☐ ۲۰٪ ☐ ۲۵٪ ☐ ۳۰٪ ☐ ۳۵٪ ☐ ۴۰٪ ☐ ۴۵٪ ☐ ۵۰٪	۵- مدت بیمه نامه: <input type="text"/> سال
۶- سرمایه فوت بیمه شده از یک تا ۴۰ برابر حق بیمه سالانه از یک تا ۵ برابر حق بیمه یکجا	۷- میزان افزایش سالانه سرمایه فوت در سنوات آتی: ☐ ثابت ☐ ۵٪ ☐ ۱۰٪ ☐ ۱۵٪ ☐ ۲۰٪
۸- فوت بیمه شده در اثر حادثه: ☐ ندارد ☐ دارد: (یک برابر ☐ دو برابر ☐ سه برابر ☐ چهار برابر ☐ سرمایه فوت)	
۹- نقص عضو و از کار افتادگی دائم (کلی و جزئی) بیمه شده در اثر حادثه: ☐ ندارد ☐ دارد: (۵۰٪ ☐ ۱۰۰٪ ☐ سرمایه فوت)	
۱۰- هزینه پزشکی بیمه شده در اثر حادثه: (ارائه این پوشش منوط به اخذ پوشش ردیف های ۸ و ۹ می باشد) ☐ ندارد ☐ دارد: (۱۰٪ ☐ ۲۰٪ ☐ سرمایه فوت بیمه شده در اثر حادثه)	
توجه: بیمه شده محترم، نظر به این که خطرات ذیل در شرایط عمومی حوادث شخصی پوشش های تبعی مندرج در ردیف های ۸، ۹ و ۱۰ استثناء می باشد، در صورت تمایل و پرداخت حق بیمه مربوطه، این موارد نیز تحت پوشش بیمه ای قرار گرفته و جزء تعهدات بیمه گر محسوب خواهند شد: زلزله ☐ هدایت موتور سیکلت ☐ ورزشهای حرفه ای ☐ رشته ورزشی: و مدت تمرین: در هفته	
۱۱- پوشش تبعی معافیت از پرداخت حق بیمه در اثر از کار افتادگی کامل و دائم بیمه شده: ☐ دارد ☐ ندارد	۱۲- پوشش تبعی معافیت از پرداخت حق بیمه در اثر فوت و یا از کار افتادگی در اثر حادثه بیمه گذار (حادثه): ☐ دارد ☐ ندارد
۱۳- پوشش تبعی بیماریهای خاص: ☐ دارد ☐ ندارد	۱۴- حق بیمه پوششهای تبعی از حق بیمه سالانه برداشت شود؟ ☐ بله ☐ خیر
۱۵- واریز اضافی به اندوخته (*): ریال	

توجه: "در صورت عدم پرداخت حق بیمه، در سررسید مقرر بمنظور برقراری پوششهای بیمه ای، هزینه پوشش فوت و سایر پوششهای تبعی انتخاب شده از محل اندوخته بیمه نامه کسر خواهد شد."

استفاده کننده از سرمایه بیمه در صورت حیات بیمه شده در مدت بیمه نامه: ☐ بیمه گذار ☐ بیمه شده ☐ سایر ☐ نام و نام خانوادگی: کد ملی: تاریخ تولد: نام پدر: نسبت:									
استفاده کننده (گان) از سرمایه بیمه در صورت فوت بیمه شده: ☐ وراث قانونی به نسبت سهم الارث ☐ وراث قانونی به نسبت مساوی ☐ سایر (به شرح جدول ذیل)									
نام و نام خانوادگی	شماره ملی	تاریخ تولد روز / ماه / سال	نام پدر	نسبت با بیمه شده	درصد سهم	شماره تماس (تلفن همراه)			
۱									
۲									
۳									
۴									
۵									

۱- آیا تا کنون بیمه عمر و بیمه حادثه انفرادی خریداری کرده اید؟ ☐ بله ☐ خیر ☐ بله، در حال حاضر بیمه نامه معتبر دارم ☐ بله، تمام شده است ☐ در صورت مثبت بودن پاسخ شماره بیمه نامه: <input type="text"/> نام شرکت بیمه گر: <input type="text"/> سرمایه بیمه عمر: <input type="text"/> سرمایه پوشش حادثه: <input type="text"/> خود را ذکر نمایید.
۲- آیا در حال حاضر پیشنهاد بیمه عمر و بیمه حادثه انفرادی در جریان صدور دارید؟ ☐ بله ☐ خیر ☐ در صورت مثبت بودن پاسخ شماره بیمه نامه: <input type="text"/> نام شرکت بیمه گر: <input type="text"/> سرمایه بیمه عمر: <input type="text"/> سرمایه پوشش حادثه: <input type="text"/> خود را ذکر نمایید.
۳- آیا تا کنون پیشنهاد بیمه عمر به شرکت بیمه ای داده اید که مورد موافقت قرار نگرفته باشد؟ در صورت مثبت بودن علت آنرا توضیح دهید. (تذکر: در صورت عدم اطلاع بیمه گر از وجود چنین بیمه هایی بیمه گر می تواند از ایفای تمام یا بخشی از تعهدات خود خودداری نماید)

(*) بیمه گذاران می توانند مبالغی را به عنوان واریز اضافی به اندوخته (حداقل ۵,۰۰۰,۰۰۰ ریال) علاوه بر حق بیمه اصلی به حساب بیمه نامه خود واریز نمایند و این مبلغ وسود حاصله در طول مدت قرارداد مطابق شرایط عمومی و دستور العمل اجرایی مربوط قابل برداشت خواهد بود.



توجه: لازم است سوالات ذیل که در خصوص سوابق پزشکی "بیمه شده" می باشد، توسط ایشان یا بیمه گذار پاسخ داده شود:

در صورت اظهار خلاف واقع، مطابق شرایط عمومی مشمول کتمان حقایق تلقی خواهد شد.

سوابق پزشکی بیمه شده

۱- به هیچ بیماری مبتلا نبوده و در حال حاضر کاملاً سالم می باشم. ☐ بله ☐ خیر در صورت منفی بودن پاسخ، آیا سابقه ابتلا به بیماری های ذیل را داشته اید؟

☐	قلب و عروق :	☐	داخلی :	☐	سکته مغزی :	☐	هیپاتیت :	☐	پوست :
☐	دستگاه تنفسی :	☐	غدد داخلی :	☐	تشنج :	☐	سل :	☐	روحي و رواني :
☐	فشار خون :	☐	کلیه و مجاری ادرار :	☐	صرع :	☐	بیماری عفونی :	☐	استخوان و مفاصل :
☐	بیماری قند :	☐	سرطان :	☐	مغزو اعصاب :	☐	چشم :	☐	بیماری خونی :
☐	نوع بیماری قند :	☐	دستگاه گوارش :	☐	بیماریهای واگیردار :	☐	گوش و حلق و بینی :	☐	اختلال حرکتی :

۲- در صورت ابتلا به هر یک از بیماری های فوق و یا هر نوع بیماری دیگر، نام و تاریخ ابتلا به بیماری و نام پزشک معالج خود را اعلام فرمایید و سوابق بیماری و مدارک پزشکی ضمیمه شود.

۳- آیا از افراد خانواده شما (پدر - مادر - خواهر - برادر - همسر - فرزندان) کسی سابقه بیماریهای فوق الذکر را داشته اند؟ ☐ خیر ☐ بله در صورت مثبت بودن پاسخ، نوع بیماری، نسبت فرد بیمار و سن وی را ذکر نمایید :

۴- آیا نقص عضوی دارید؟ ☐ خیر ☐ بله چنانچه دارای هرگونه نقص عضوی می باشید با ذکر علت و درصد عنوان نمائید :

۵- آیا تا به حال در بیمارستان و یا مراکز درمانی بستری شده اید؟ ☐ خیر ☐ بله با ذکر علت عنوان نمایید :

۶- آیا تا بحال تحت عمل جراحی قرار گرفته اید؟ ☐ خیر ☐ بله نوع عمل جراحی و نتیجه آن را ذکر فرمایید. شرح عمل و گزارش پاتولوژی ضمیمه شود.

۷- آیا در ۶ ماهه گذشته کاهش یا افزایش وزن داشته اید؟ ☐ خیر ☐ بله در صورت مثبت بودن پاسخ، میزان و علت آن را ذکر فرمائید :

۸- آیا دارویی را به طور مستمر استفاده می نمایید؟ ☐ خیر ☐ بله لطفاً نام دارو و میزان مصرف در ۲۴ ساعت را اعلام فرمائید.

۹- آیا از افراد خانواده شما (پدر - مادر - خواهر - برادر - همسر - فرزندان) در سن کمتر از ۶۵ سالگی **بعلت بیماری فوت** شده اند؟ ☐ خیر ☐ بله علت فوت؟

۱۰- آیا از سیگار / سایر مواد دخانی / مشروبات الکلی و مواد مخدر مصرف داشته یا می نمایید؟ ☐ خیر ☐ بله میزان و مدت مصرف آن ؟

۱۱- آیا از **معافیت پزشکی** در خدمت نظام وظیفه استفاده کرده اید؟ ☐ خیر ☐ بله ماده: بند: علت آن را توضیح دهید:

۱۲- قد بیمه شده وزن بیمه شده

۱۳- نام بیمه های درمانی که تحت پوشش آن هستید را اعلام فرمایید :

۱۴- (در صورتیکه بیمه شده خانم باشد) آیا باردار هستید؟ ☐ خیر ☐ بله در صورت مثبت بودن ماه بارداری ذکر شود:

توجه

مشتری گرامی در صورت پذیرش در خواست شما و تخصیص کد رهگیری (شناسه) بانکی و واریزی اولین قسط حق بیمه به حساب بیمه آسیا به شماره ۳۰۰۳۰۰/۳۴ نزد بانک ملت، از ساعت ۲۴ روز واریز، بیمه نامه شما با استناد به فیش نقدی واریزی معتبر بوده و شما به خانواده بزرگ بیمه گذاران عمر بیمه آسیا خواهید پیوست.

تأیید اظهارات

اخذ امضای شخص بیمه شده الزامی است در غیر این صورت طبق ماده ۲۳ قانون بیمه، بیمه نامه باطل می باشد.

اینجانبان بعنوان بیمه گذار و بیمه شده **کلیه مفاد و شرایط عمومی بیمه نامه را مطالعه نموده** به کلیه سوالات با صداقت پاسخ داده و اطلاع داریم که هرگونه اظهار خلاف واقع به موجب قانون باعث ابطال قرارداد و سلب مزایای بیمه نامه می شود و ضمن اطلاع کامل از حدود تعهدات خود و بیمه گر و نیز ارزش باز خرید بیمه نامه، تقاضای صدور آنرا داریم.

۱- نام بیمه گذار : تاریخ و امضاء ۲- نام بیمه شده : تاریخ و امضاء

بازار یاب/نماینده

اینجانب شخصاً بیمه گذار و نیز بیمه شده را ملاقات نموده ضمن **احراز هویت** ایشان و ارائه اطلاعات کافی درباره شرایط بیمه نامه و تعهدات و ارزش باز خرید آن، صحت اظهارات ارائه شده، امضاء و سلامتی بیمه شده و بیمه گذار را تأیید می نمایم. همچنین مسئولیت رعایت ضوابط و دستورالعمل ها متوجه این نمایندگی می باشد. رونوشت شناسنامه و کارت ملی بیمه گذار، بیمه شده و استفاده کننده (گان) به پیوست می باشد.

تاریخ، نام و امضاء بازار یاب: نام نمایندگی: کد نمایندگی: تاریخ، مهر و امضاء نماینده

صادر

با توجه به اطلاعات ذکر شده در این پیشنهاد؛ صدور بیمه نامه نیاز به آزمایش های پزشکی دارد؟ ☐ خیر ☐ بله
 علت درخواست آزمایش های پزشکی: سن بیمه شده و سرمایه بیمه نامه ☐ مسائل پزشکی ☐ سایر موارد:

نظر به پزشک معتمد

سوابق پزشکی بیمه شده بررسی گردید و پذیرش ایشان :

۱- نیاز به آزمایش تکمیلی دارد: ☐ بله ☐ خیر ۲- منع پزشکی دارد: ☐ بله ☐ خیر ۳- با اضافه نرخ پزشکی: ☐ بلامانع است.

(درج علت و توضیح توسط پزشک معتمد الزامی است) نام پزشک معتمد: تاریخ: امضاء و مهر پزشک

نظر به مسئول صدور

۱- رونوشت شناسنامه/کارت ملی ضمیمه پیشنهاد می باشد: ☐ بله ☐ خیر ۲- با توجه به اطلاعات مندرج در سوابق بیمه ای بیمه شده: - حق بیمه بیمه نامه قبلی بطور مرتب پرداخت شده است؟ ☐ بله ☐ خیر - سابقه خسارت: دارد ☐ ندارد ۳- منع مقرراتی: دارد ☐ ندارد ۴- با توجه به اطلاعات پرسشنامه، با لحاظ اضافه نرخ: - قد و وزن: ☐ - سوابق خانوادگی: ☐ - پزشکی: ☐ با مجموع کل اضافه نرخ: ☐ صدور بیمه نامه بلامانع است. توضیح:

کد واحد صدور: تاریخ:

نام: مهر و امضاء رئیس شعبه نام: امضاء مسئول صدور عمر و پس انداز