



بسمه تعالی  
پرسش نامه و پیشنهاد بیمه عمر و تأمین آتیه  
(همراه با پوششهای تکمیلی)

تاریخ: \_\_\_\_\_  
نام و کد تمایزنده: \_\_\_\_\_  
نام و کد تمایزنده 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.

1- مشخصات بیمه گذار (حداقل ۱۵ سال تمام)

حقوقی: نام: \_\_\_\_\_ شماره ثبت: \_\_\_\_\_ کد اقتصادی: \_\_\_\_\_  
حقیقی: نام: \_\_\_\_\_ نام خانوادگی: \_\_\_\_\_ شماره شناسنامه: \_\_\_\_\_ کد ملی: \_\_\_\_\_  
نام پدر: \_\_\_\_\_ تاریخ تولد: \_\_\_\_\_ روز: \_\_\_\_\_ ماه: \_\_\_\_\_ سال: \_\_\_\_\_ محل تولد: \_\_\_\_\_ محل صدور: \_\_\_\_\_ نسبت با بیمه شده: \_\_\_\_\_  
شغل: (لطفاً نوع شغلی را که به آن اشتغال دارید بصورت دقیق ذکر نمایید عناوین عام نظیر کارگر، آزاد، عنوان رشته تحصیلی و کارمند مورد قبول نمی باشد)  
شغل اصلی: \_\_\_\_\_ مشاغل فرعی: \_\_\_\_\_ میزان درآمد ماهیانه: \_\_\_\_\_ ریال  
نشانی: \_\_\_\_\_  
تلفن ثابت با ذکر کد شهر: \_\_\_\_\_ تلفن همراه: \_\_\_\_\_ نشانی الکترونیکی: \_\_\_\_\_ کد پستی: \_\_\_\_\_

2- مشخصات بیمه شده (از بد تولد تا ۵۵ سالگی)

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 نوع شغلی را که به آن اشتغال دارید بصورت دقیق ذکر نمایید، عناوین عام نظیر کارگر، آزاد، عنوان رشته تحصیلی و کارمند مورد قبول نمی باشد)  
شغل اصلی: \_\_\_\_\_ مشاغل فرعی: \_\_\_\_\_ میزان درآمد ماهیانه: \_\_\_\_\_ ریال  
قد: \_\_\_\_\_ سانتی متر وزن: \_\_\_\_\_ کیلوگرم  
نشانی: \_\_\_\_\_  
تلفن ثابت یا ذکر کد شهر: \_\_\_\_\_ تلفن همراه: \_\_\_\_\_ نشانی الکترونیکی: \_\_\_\_\_ کد پستی: \_\_\_\_\_

میزان سپرده اولیه (عدد، حروف): \_\_\_\_\_ ریال توان مالی پرداخت ماهانه در سال اول: \_\_\_\_\_ ریال مدت بیمه (عدد، حروف): \_\_\_\_\_ سال  
حق بیمه منظم: ماهانه  سه ماهه  شش ماهه  سالانه  مبلغ: \_\_\_\_\_ ریال مبلغ پرداختی قسط اول به همراه سپرده اولیه: \_\_\_\_\_ ریال  
نرخ افزایش حق بیمه: % (ثابت)  % ۳  % ۵  % ۷  % ۱۰  % ۱۵  % ۲۰  % ۲۵  
ضریب سرمایه بیمه عمر در صورت فوت تا ۶۰  ۱۲۰  ۱۵۰  ۱۸۰  ۲۱۰  ۲۴۰  ۳۰۰ برابر حق بیمه  
نرخ افزایش سرمایه فوت % (ثابت)  % ۳  % ۵  % ۷  % ۱۰  % ۱۵  % ۲۰ سرمایه فوت: \_\_\_\_\_ ریال  
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 برابر سرمایه بیمه عمر نقص عضو و از کار افتادگی: یک <input type="checkbox"/> دو <input type="checkbox"/> سه برابر سرمایه بیمه عمر هزینه پزشکی: % ۵ <input type="checkbox"/> % ۱۰ <input type="checkbox"/> سرمایه حادثه (فوت) 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: ۵۰۰ <input type="checkbox"/> ۷۵۰ <input type="checkbox"/> ۱۰۰۰ <input type="checkbox"/> ۱۵۰۰ <input type="checkbox"/> برابر حق بیمه ماهانه نشانی محل مورد بیمه لطفاً آدرس منزل مسکونی همراه با شماره پلاک، شماره واحد و کد پستی باشد در صورت نداشتن شماره پلاک، درج شماره کنتور آب یا برق الزامی است.

بیمه گذار  بیمه شده  سایر  نام و نام خانوادگی: \_\_\_\_\_ نام پدر: \_\_\_\_\_  
شماره شناسنامه/کد ملی: \_\_\_\_\_ تاریخ تولد: \_\_\_\_\_ نسبت: \_\_\_\_\_

ردیف	نام	نام خانوادگی	نام پدر	شماره شناسنامه	کد ملی	تاریخ تولد			نسبت استفاده کننده با بیمه شده	درصد سهم	اولویت
						روز	ماه	سال			
۱											
۲											
۳											
۴											
۵											

وضعیت انجام نظام وظیفه، انجام خدمت  معافیت پزشکی  معافیت غیر پزشکی  سایر

در صورت معافیت، علت آن را یا ذکر ماده و بند مربوطه شرح دهید.

آیا رشته (های) ورزشی خاصی را انجام می دهید؟ خیر  بلی  تفریحی  حرفه‌ای  نام رشته(های) ورزشی: \_\_\_\_\_

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 بیمه‌ای داده‌اید 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	بیماری		بلی	خیر	بیماری		بلی	خیر
۱	قلب			۱۱	اعتیاد			۱	قلب		
۲	فشار خون			۱۲	بیماری های استخوان			۲	غدد درون ریز		
۳	هر نوع تومور			۱۳	هر نوع بیماری خونی			۳	سرطان		
۴	مغز			۱۴	بیماری روحی و عصبی			۴	ایدز		
۵	بیماری گوارشی، کبد و ...			۱۵	بیماری چشمی			۵	مرض قند		
								۶	بیماری های گوش و حلق و بینی		

در صورت مثبت بودن پاسخ هر کدام از سئوالات فوق، نام و علت بیماری، زمان شروع آن، نوع، میزان و مدت زمان داروهای مصرفی، درمان های انجام شده و وضعیت فعلی بیمه شده 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 صدور بیمه نامه برای بانوان باردار تا یکماه پس از زایمان معذوریم)
- چنانچه آزمایش خون انجام داده‌اید آیا در خون شما موارد غیرعادی دیده شده است؟  آیا بر اثر حادثه مصدوم شده‌اید؟  آیا مورد عمل جراحی قرار گرفته‌اید؟
- آیا نقص عضو دارید؟  - در صورت مثبت بودن پاسخ هر یک از سئوالات 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 (بیمه‌گذار و بیمه‌شده) امضاء کنندگان این پیشنهاد اعلام می‌داریم که تمام جوابهایی که داده‌ایم کاملاً درست و عین واقع بوده و هیچ اطلاعاتی را که ممکن است موجب اشتباه بیمه پاسارگاد شود کتمان نکرده‌ایم و مطلعیم که هرگونه اظهار خلاف و خودداری از واقع‌گویی 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 اطلاعاتی 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 می‌گیرد و در اختیار هیچ کس و یا هیچ دستگاهی گذاشته نخواهد شد.

تاریخ، نام و امضاء بیمه‌گذار: \_\_\_\_\_ تاریخ، نام و امضاء بیمه‌شده: \_\_\_\_\_ تاریخ، مهر و امضاء نماینده/مدیر ارشد/مدیر فروش: \_\_\_\_\_ تاریخ، نام و امضاء نماینده فروش: \_\_\_\_\_

۷- نظریه پزشک کارشناس صدور بیمه نامه: صدور بیمه نامه نیاز به معاینات و آزمایشات پزشکی دارد؟ بلی  خیر  علت در خواست آزمایشات پزشکی: ۱- سرمایه بیمه نامه  ۲- مسائل پزشکی  ۳- سایر موارد: \_\_\_\_\_ میزان اضافه نرخ

۸- نظریه پزشک معتمد شرکت بیمه: ۱- ارائه پوشش بیمه‌ای بدون اضافه نرخ به لحاظ پزشکی بلامانع است.  ۲- ارائه پوشش بیمه‌ای با اضافه نرخ \_\_\_\_\_ بلامانع است.  ۳- ارائه پوشش بیمه‌ای به لحاظ پزشکی به صلاح نمی باشد.  در صورت انتخاب گزینه ۲ و ۳ دلیل اضافه نرخ یا رد پزشکی پیشنهاد بیان شود. تاریخ، نام و امضاء پزشک معتمد: \_\_\_\_\_

۹- نظریه 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- نظریه 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 تامین آتیه از پرداخت اولین قسط حق بیمه و با صدور بیمه نامه شروع می‌گردد.