



شماره پیش نویس:
شماره بیمه نامه:

پرسش نامه و پیشنهاد بیمه نامه عمر و تأمین آتیه (همراه با پوشش های تکمیلی)

تاریخ: / /

نام و کد نماینده:

نام و کدملی یا کد نماینده فروش:

پیشنهاد دهنده محترم

به کلیه پرسش های این پیشنهاد بدون خط خودگی پاسخ داده و هیچ سوالی را بدون پاسخ نگذارید زیرا صحت و کامل بودن آنها شرط اصلی اعتبار بیمه نامه عمر و تأمین آتیه است که براساس این پیشنهاد صادر می شود.

۱- مشخصات بیمه گذار (حداقل سن بیمه گذار حقیقی ۱۸ سال تمام)

حقوقی ۱ نام: شماره ثبت: کد اقتصادی / شناسه ملی:

حقوقی ۱ نام: نام خانوادگی: نام پدر: تاریخ تولد: روز سال ماه

حقوقی ۱ نام: شماره شناسنامه: محل تولد: محل صدور: تحصیلات:

حقوقی ۱ نام: جنسیت: مرد زن ، وضعیت تأهل: مجرد متاهل نسبت با بیمه شده: تعداد فرزندان: پسر دختر

حقوقی ۱ نام: شغل اصلی و فرعی (اطفا از عناوینی نظیر آزاد، کارگر، کارمند و نیز عنوان رشته تحصیلی خودداری نمایید): درآمد ماهانه: ریال

حقوقی ۱ نام: نشانی محل سکونت: نشانی محل کار: تلفن همراه: تلفن ثابت:

۲- مشخصات بیمه شده (حداکثر سن بیمه شده برای شروع بیمه نامه ۶۵ سال تمام):

حقوقی ۲ نام: نام خانوادگی: نام پدر: تاریخ تولد: روز سال ماه

حقوقی ۲ نام: محل تولد: محل صدور: شماره شناسنامه: تحصیلات:

حقوقی ۲ نام: جنسیت: مرد زن ، وضعیت تأهل: مجرد متاهل نسبت با بیمه گذار: تعداد فرزندان: پسر دختر

حقوقی ۲ نام: شغل اصلی و فرعی (اطفا از عناوینی نظیر آزاد، کارگر، کارمند و نیز عنوان رشته تحصیلی خودداری نمایید): درآمد ماهانه: ریال

حقوقی ۲ نام: قد: سانتیمتر وزن: کیلوگرم بابت شغل خود در ارتفاع کار می نمایم؟ خیر بله بابت شغل خود با برق فشار قوی کار می نمایم؟ خیر بله

حقوقی ۲ نام: نشانی محل سکونت: نشانی محل کار: تلفن همراه: تلفن ثابت:

۳- میزان حق بیمه و پوشش های اصلی و تکمیلی مورد درخواست بیمه گذار در دوره اول بیمه نامه (تشکیل سرمایه):

حق بیمه پکجا (میزان آورده اولیه): ریال توان مالی پرداخت ماهانه در سال اول: ریال بیمه پاسارگاد بیمه گذار (اطفا از انتخاب سرمایه گذاری تکمیل شود).حق بیمه پکجا (میزان آورده اولیه): ریال سه ماهه شش ماهه سالانه نحوه پرداخت اقساط حق بیمه: سه ماهه شش ماهه سالانه درآمد ماهانه: ریالضریب افزایش سالانه حق بیمه: ثابت %۳ %۴ %۵ %۶ %۷ %۸ %۹ %۱۰ %۱۱ %۱۲ %۱۳ %۱۴ %۱۵ %۱۶ %۱۷ %۱۸ %۱۹ %۲۰ %۲۱ %۲۲ %۲۳ %۲۴ %۲۵ %۲۶ %۲۷ %۲۸ %۲۹ %۳۰ %۳۱ %۳۲ %۳۳ %۳۴ %۳۵ %۳۶ %۳۷ %۳۸ %۳۹ %۴۰ %۴۱ %۴۲ %۴۳ %۴۴ %۴۵ %۴۶ %۴۷ %۴۸ %۴۹ %۵۰ %۵۱ %۵۲ %۵۳ %۵۴ %۵۵ %۵۶ %۵۷ %۵۸ %۵۹ %۶۰ %۶۱ %۶۲ %۶۳ %۶۴ %۶۵ %۶۶ %۶۷ %۶۸ %۶۹ %۷۰ %۷۱ %۷۲ %۷۳ %۷۴ %۷۵ %۷۶ %۷۷ %۷۸ %۷۹ %۸۰ %۸۱ %۸۲ %۸۳ %۸۴ %۸۵ %۸۶ %۸۷ %۸۸ %۸۹ %۸۱۰ %۸۱۱ %۸۱۲ %۸۱۳ %۸۱۴ %۸۱۵ %۸۱۶ %۸۱۷ %۸۱۸ %۸۱۹ %۸۱۰ %۸۱۱ %۸۱۲ %۸۱۳ %۸۱۴ %۸۱۵ %۸۱۶ %۸

نام و نام خانوادگی بیمه شده:

شماره بیمه نامه:

۶- وضعیت سلامتی بیمه شده (کاملًا محرمانه):

وضعیت نظام وظیفه (مخصوص آقایان) : انجام خدمت معافیت پزشکی ماده بند معافیت غیرپزشکی سایر در صورت معافیت، علت آن را شرح دهید (به انضمام کپی کارت معافیت):

آیا رشته (های) ورزشی خاصی انجام می دهید؟ خیر بلی تفریحی حرفة ای نام ببرید: در حال حاضر بیمه نامه عمر و بیمه نامه حوادث دیگری دارید؟ خیر بلی (در صورت دارا بودن بیش از یک بیمه نامه، سرمایه ها را مجموعاً اعلام فرمایید)

نام شرکت	بیمه حوادث	شماره بیمه نامه	سرمایه بیمه

بیمه عمر	شماره بیمه نامه	سرمایه بیمه	نام شرکت

لطفاً پاسخ ابتلا یا عدم ابتلا به بیماری های قید شده در جدول ذیل را مشخص فرمائید:

بله	خیر	بیماری	بله	خیر	بیماری	بله	خیر	بیماری
		عفونی	۱۶		صرع(تشنج)	۱۱		غدد داخلی
		تنفسی	۱۷		استخوان	۱۲		سرطان
		انواع هیاتیت و سل	۱۸		خونی	۱۳		ایدز
		کلیه و مجرای ادراری	۱۹		روحی و عصبی	۱۴		دیابت
		پوستی	۲۰		چشمی	۱۵		گوش و حلق و بینی

در صورت مثبت بودن پاسخ هر کدام از پرسش های فوق، نوع و علت بیماری، زمان شروع آن، میزان و مدت زمان داروهای مصرف شده و وضعیت فعلی خود را قید نمایید، همچنین در صورت انجام عمل جراحی، زمان و علت آن را بنویسید و مدارک عمل جراحی (در صورت امکان) را ضمیمه نمایید.

در صورتی که به بیماری های دیگری غیر از موارد ذکر شده مبتلا بوده و یا هستید، پرتو درمانی یا شیمی درمانی انجام داده اید به طور کامل توضیح دهید:

سیگار/سایر مواد دخانی/مشروبات الکلی و مواد مخدور مصرف داشته یا می نمایید؟ خیر بلی : میزان و مدت زمان مصرف:

سوالات مخصوص باوان

سابقه بیماری های خاص زنانه داشته اید؟ خیر بلی توضیح دهید:
 باردار هستید؟ خیر بلی (از صدور بیمه نامه برای باوان باردار تا حداقل یک ماه پس از زایمان معذوریم) سابقه زایمان داشته اید؟ خیر بلی
 چنانچه اخیراً آزمایش خون انجام داده اید آیدارازماش شمامواردغیر عادی گزارش شده است؟ خیر بلی تاکنون بر اثر حادثه مصدوم شده اید؟ خیر بلی
 تاکنون مورد عمل جراحی قرار گرفته اید؟ خیر بلی آیا ناقص عضو دارد؟ خیر بلی آیا سابقه بستری دارید؟ خیر بلی آیا سابقه بیماری حصبه داشته اید؟ خیر بلی
 (در صورت مثبت بودن پاسخ هر یک از پرسش ها، لطفاً توضیح دهید)

طی شش ماه گذشته تغییرات وزنی (کاهش یا افزایش) داشته اید؟ خیر بلی از موتورسیکلت جهت تردد استفاده می نمایید؟ خیر بلی

در خانواده شما (پدر، مادر، برادر، خواهر، همسر و فرزندان) فردی به بیماری های سل، سرطان، قلبی، غدد داخلی، خونی، مرض قند، روحی و عصبی و صرع مبتلا بوده و یا می باشد؟
 لطفاً 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 اشتباہ بیمه پاسارگاد شود تکمن نکرده ایم و مطلعیم که هرگونه اظهار خلاف و خودداری از واقع گویی، مجوز قانونی ابطال بیمه نامه عمر موضوع این پیشنهاد و از دست دادن مزایای آن خواهد شد. ضمناً شرکت بیمه پاسارگاد و پزشک معتمد آن شرکت مجازند 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 فرد حقیقی و یا حقوقی گذاشته نخواهد شد.
 تاریخ...../...../..... نام و امضاء بیمه گذار:
 امضاء کنندگان ذیل ضمن تأیید هویت بیمه شده و بیمه گذار مندرج در این فرم پرسش نامه، سلامتی ظاهری بیمه شده را تأیید و گواهی می نمایند که پرسش نامه توسط بیمه گذار و بیمه شده تکمیل و امضاء شده است.

تاریخ...../...../..... نام و کدلی، کد و امضاء نماینده فروش

تاریخ...../...../..... مهر و امضاء نماینده / مدیر ارشد / مدیر فروش

۷- اظهار نظر اولیه کارشناس صدور بیمه نامه:

تصدور بیمه نامه نیاز به معاینات و آزمایشات پزشکی دارد؟ خیر بلی
 علت درخواست آزمایشات پزشکی: سرمایه بیمه نامه موارد پزشکی سایر موارد

۸- نظر پزشک معتمد شرکت بیمه (در صورت نیاز):

تاریخ: نام، مهر و امضاء پزشک معتمد

۹- نظر نهایی کارشناس صدور بیمه نامه:

تصدور بیمه نامه با توجه به مندرجات فرم پیشنهاد و قوانین و مقررات بیمه و بیمه گزینه بلامانع است؟ خیر

۱۰- نظر مدیریت (در صورت نیاز):

* این پیشنهاد به تهابی در صورت عدم صدور بیمه نامه هیچ گونه تعهدی برای شرکت بیمه پاسارگاد و بیمه گذار ایجاد نکرده و فاقد هرگونه اعتبار است.

* بیمه نامه عمر و تأمین آتبه که به اعتبار این فرم پرسش نامه صادر می شود با پرداخت اولین قسط حق بیمه آغاز می شود.

شرکت کارگزاری رسمی بیمه برخط سانا حامی (بیمه گستر)

بسمه تعالیٰ

اینجانب آقای / خانم : با کد ملی : بعنوان متقاضی بیمه نامه زندگی (عمر) از شرکت بیمه : نزد شرکت کارگزاری رسمی بیمه سانا حامی کد ۱۹۶۰ بیمه مرکزی (بیمه گستر) با آگاهی کامل و دقیق از کلیه مفاد و شرایط بیمه نامه بخصوص موارد زیر اقدام به خرید بیمه نامه نموده ام :

* کلیه سوالات پزشکی در فرم پیشنهاد را بدرستی و با صداقت کامل و بدون کتمان حقایق یا اظهار خلاف واقع پاسخ داده ام و در صورتی که مطلبی خلاف اظهارات بنده اثبات گردد شرکت بیمه حق ابطال بیمه نامه بدون برگشت وجه حق بیمه های پرداختی و خسارت احتمالی را دارد و نماینده فروش و کارگزاری مسولیتی در این خصوص ندارند.

** با توجه به اینکه بابت پوشش‌های بیمه ای حق بیمه کسر میگردد درصورتی که بیمه نامه را طی ۵ سال اول قرارداد فسخ نمایم ، مبلغی کمتر از جمع مبالغ پرداختی به شرکت بیمه به اینجانب برگشت داده میشود.

*** مبلغ حق بیمه را بر اساس شناسه پرداخت صادر شده فقط به حساب شرکت بیمه واریز و از پرداخت وجه به حساب نماینده فروش خودداری نمایم در غیر این صورت کارگزاری هیچ گونه مسولیتی در خصوص خسارت‌های احتمالی ندارند .

**** جهت حفظ پوشش‌های بیمه ای در صورت عدم پرداخت اقساط در سرسید مقرر ، شرکت بیمه اجازه برداشت حق بیمه مربوط به پوشش‌های بیمه ای را از محل اندوخته بیمه نامه دارد و زمانی که اندوخته به صفر برسد قرارداد تعليق میگردد.

اینجانب کد ملی کد نمایندگی فروش بعنوان مشاور بیمه گذار و نماینده فروش بیمه گستر ، صحت امضای بیمه گذار و بیمه شده را در فرم پیشنهاد بیمه و سایر اوراق پیوست تایید مینمایم و همچنین شخصاً بیمه شده را رویت نموده و سلامت ظاهری بیمه شده مورد تایید اینجانب میباشد.

امضا و اثر انگشت بیمه شده

امضا و اثر انگشت متقاضی بیمه نامه (بیمه گذار)

امضا و اثر انگشت مشاور (نماینده فروش)