



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 می‌نماید با مطالعه مفاد این پرسشنامه و آگاهی کامل از شرایط بیمه‌نامه و تعهدات قرارداد، اقدام به خرید نمایید. لذا خواهشمند است پاسخ کلیه سئوالات 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: <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/> مرد									
شماره ملی (حقیقی) / کد اقتصادی (حقوقی): <input type="text"/> شماره ثبت: شغل: وضعیت تاهل: مجرد <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/>									
تلفن ثابت: کد شهرستان: تلفن همراه: نسبت بیمه شده: شماره پرسنلی:									
نشانی دقیق محل کار: شهر: خیابان: کوچه: پلاک: کد پستی:									
نشانی دقیق محل سکونت: شهر: خیابان: کوچه: پلاک: پست الکترونیکی:@.....									

مشخصات بیمه گذار

نام خانوادگی:									
نام:									
تاریخ تولد: / / شماره شناسنامه: نام پدر: محل تولد: تابعیت: جنسیت: <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/> مرد									
شماره ملی: <input type="text"/> نام پدر: شغل: وضعیت تاهل: مجرد <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/>									
تلفن ثابت: کد شهرستان: تلفن همراه: شماره پرسنلی:									
نشانی دقیق محل کار: شهر: خیابان: کوچه: پلاک: کد پستی:									
نشانی دقیق محل سکونت: شهر: خیابان: کوچه: پلاک: پست الکترونیکی:@.....									

مشخصات بیمه شده

۱- روش پرداخت حق بیمه: <input type="checkbox"/> یکجا <input type="checkbox"/> سالانه <input type="checkbox"/> دو قسط شش ماهه <input type="checkbox"/> چهار قسط سه ماهه <input type="checkbox"/> شش قسط دو ماهه <input type="checkbox"/> دوازده قسط ماهانه (گروهی) <input type="checkbox"/>									
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: <input type="checkbox"/> ثابت <input type="checkbox"/> ۵٪ <input type="checkbox"/> ۱۰٪ <input type="checkbox"/> ۱۵٪ <input type="checkbox"/> ۲۰٪					
۵- مدت بیمه نامه: <input type="text"/> سال		۶- سرمایه فوت بیمه شده: از یک تا ۲۵ برابر حق بیمه سالانه		۷- میزان افزایش سالانه سرمایه فوت در سنوات آتی: <input type="checkbox"/> ثابت <input type="checkbox"/> ۵٪ <input type="checkbox"/> ۱۰٪ <input type="checkbox"/> ۱۵٪					
۸- فوت بیمه شده در اثر حادثه: <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> دارد: (<input type="checkbox"/> یک برابر <input type="checkbox"/> دو برابر <input type="checkbox"/> سه برابر <input type="checkbox"/> سرمایه فوت)									
۹- نقص عضو و از کار افتادگی دائم (کلی و جزئی) بیمه شده در اثر حادثه: <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> دارد: (<input type="checkbox"/> ۱۰۰٪ <input type="checkbox"/> ۵۰٪ <input type="checkbox"/> سرمایه فوت)									
۱۰- هزینه پزشکی ناشی از حادثه معادل ۱۰٪ سرمایه فوت در اثر حادثه تا سقف ۲۰۰ میلیون ریال: <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> دارد (ارائه این پوشش منوط به اخذ پوشش ردیف های ۸ یا ۹ می باشد) توجه: بیمه شده محترم، نظر به اینکه خطرات ذیل در شرایط عمومی حوادث شخصی پوشش های تکمیلی مندرج در ردیف های ۸، ۹ و ۱۰ استثناء می باشند، در صورت تمایل و پرداخت حق بیمه مربوطه، این موارد نیز تحت پوشش بیمه های قرار گرفته و جزء تعهدات بیمه گر محسوب خواهند شد: <input type="checkbox"/> زلزله <input type="checkbox"/> هدایت موتورسیکلت <input type="checkbox"/> ورزشهای حرفه ای <input type="checkbox"/> رشته ورزشی: و مدت تمرین: در هفته									
۱۱- پوشش تکمیلی معافیت از پرداخت حق بیمه در اثر از کار افتادگی کلی و دائم بیمه شده: <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد									
۱۲- پوشش تکمیلی معافیت از پرداخت حق بیمه در اثر فوت و باز کار افتادگی در اثر حادثه بیمه گذار (حامی): <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد									
۱۳- پوشش تکمیلی بیماریهای خاص: معادل ۳۰٪ سرمایه فوت تا سقف ۲۰۰ میلیون ریال <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد									
۱۴- حق بیمه پوششهای تکمیلی را جداگانه می پردازم: <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله									
۱۵- واریز متفرقه (*): <input type="text"/> ریال									

مشخصات بیمه نامه مورد درخواست

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

نام و نام خانوادگی	شماره ملی	تاریخ تولد روز/ماه/سال	شماره شناسنامه	نام پدر	نسبت با بیمه شده	درصد سهام
						۱۰۰

استفاده کنندگان

۱- آیا تاکنون بیمه عمر و بیمه حادثه انفرادی خریداری کرده اید؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله، در حال حاضر بیمه نامه معتبر دارم <input type="checkbox"/> بله، تمام شده است <input type="checkbox"/> 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؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت مثبت بودن پاسخ 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 تاکنون 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 نامه هایی بیمه گر میتواند از ایفای تمام یا بخشی از تعهدات خود خودداری نماید)									

سوابق بیمه ای بیمه شده

(* بیمه گذارانی که حق بیمه بیمه نامه را به روش سالانه می پردازند می توانند مبلغی را به عنوان واریز متفرقه (حداقل ۵۰۰۰۰۰۰۰ ریال) علاوه بر حق بیمه اصلی به حساب بیمه نامه خود واریز نمایند و این مبلغ و سود حاصله در طول مدت قرارداد مطابق شرایط عمومی و دستورالعمل اجرایی مربوطه قابل برداشت خواهد بود. توجه: بیمه نامه هایی که حق بیمه آنها بصورت اقساطی پرداخت می شود، چنانچه ارزش باز خرید نداشته باشند تا شش ماه از تاریخ شروع قابل باز خرید نبوده و از ماه هفتم به شرط وصول اقساط طبق ضوابط، باز خرید بیمه نامه امکان پذیر خواهد بود. بقیه در پشت صفحه

۱۳۹۴۰۳۰۵

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.

۱- آیا سابقه ابتلا به بیماری های ذیل را داشته اید؟ با قید علامت مشخص فرمائید :

قلب و عروق : <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	داخلی : <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	سکته مغزی: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	هیپاتیت: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	پوست : <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
دستگاه تنفسی: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	غدد داخلی: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	تشنج : <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	سل : <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	روحي و رواني: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
فشار خون : <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	کلیه و مجاری ادرار: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	صرع: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	بیماری عفونی: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	استخوان و مفاصل: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
بیماری قند: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	سرطان : <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	مغز و اعصاب: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	چشم : <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	بیماری خونی: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
نوع بیماری قند:	دستگاه گوارش: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	بیماریهای واگیردار: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	گوش و حلق و بینی: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	اختلال حرکتی: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر

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، 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؟ بله خیر

در صورت مثبت بودن پاسخ ، نوع بیماری ، نسبت فرد بیمار و سن وی را ذکر نمایید :

۴- آیا نقص عضوی دارید؟ بله خیر 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؟ بله خیر

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

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

۸- آیا دارویی را به طور مستمر استفاده می نمائید؟ بله خیر لطفا 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؟ بله خیر علت فوت؟

۱۰- آیا از سیگار/ پیپ/ قلیان استفاده کرده یا می کنید؟ بله خیر میزان و مدت مصرف آن؟

۱۱- (در صورتیکه بیمه شونده آقا باشد): آیا از معافیت پزشکی در خدمت نظام وظیفه استفاده کرده اید؟ بله خیر علت آن را توضیح دهید؟

۱۲- قـــد بیمه شده وزن بیمه شده

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

۱۴- (در صورتی که بیمه شده خانم باشد): آیا باردار هستید؟ بله خیر (در صورت مثبت بودن ، ضمن ذکر ماه بارداری ؛ از مرکز مجوز اخذ شود)

توجه: مشتری گرامی در صورت پذیرش درخواست شما و تخصیص کد رهگیری (شناسه) بانکی و واریز اولین قسط حق بیمه بحساب بیمه آسیا، 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	<p style="text-align: center; color: #c00000;">اخذ امضای شخص بیمه شده الزامی است در غیر این صورت طبق ماده ۲۳ قانون بیمه ، بیمه نامه باطل می باشد.</p> <p>اینجانبان بعنوان بیمه گذار و بیمه شده <u>کلیه مفاد و شرایط عمومی بیمه نامه را مطالعه نموده</u> 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 .</p> <p>۱- نام بیمه گذار : تاریخ و امضاء ۲- نام بیمه شده: تاریخ و امضاء</p>
	<p>اینجانب شخصاً بیمه گذار و نیز بیمه شده راملقات نموده ضمن <u>احراز هویت</u> 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 به پیوست می باشد.</p> <p>تاریخ ، نام و امضاء بازاریاب نام نمایندگی: کد نمایندگی : تاریخ ، مهر و امضاء نماینده</p>
واحد صدور	<p>با توجه به اطلاعات ذکر شده در این پیشنهاد ؛ صدور بیمه نامه نیاز به آزمایش های پزشکی دارد؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>علت درخواست آزمایش های پزشکی : سن بیمه شده و سرمایه بیمه نامه <input type="checkbox"/> مسائل پزشکی <input type="checkbox"/> سایر موارد :</p>
	<p>سوابق پزشکی بیمه شده بررسی گردید و پذیرش ایشان :</p> <p>۱- نیاز به آزمایش تکمیلی دارد: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر ۲- منع پزشکی دارد: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر ۳- با اضافه نرخ پزشکی: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر .</p> <p>(درج علت و توضیح توسط پزشک معتمد الزامی است) نام پزشک معتمد : تاریخ : امضاء و مهر پزشک</p>
نظریه پزشک معتمد:	<p>۱- رونوشت شناسنامه/کارت ملی ضمیمه پیشنهاد می باشد: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر ۲- با توجه به اطلاعات مندرج در سوابق بیمه ای بیمه شده - حق بیمه بیمه نامه قبلی بطور مرتب پرداخت شده است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر - سابقه خسارت: دارد <input type="checkbox"/> ندارد ۳- منع مقرراتی : دارد <input type="checkbox"/> 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 بلا مانع است.</p> <p>توضیح :</p>
	<p>کد واحد صدور : نام : و امضاء رئیس شعبه</p> <p>تاریخ : نام : امضاء مسئول صدور عمر و پس انداز</p>