



### 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 خرید نمایید. لذا خواهشمند است پاسخ کلیه سوالات 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:	<input type="text"/>
نام:	<input type="text"/>
تاریخ تولد:	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
شماره شناسنامه:	<input type="text"/>
نام پدر:	<input type="text"/>
محل تولد:	<input type="text"/>
جنسیت:	<input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/> مرد
شماره ملی (حقیقی/اخذ اقتصادی/حقوقی):	<input type="text"/>
شماره ثبت:	<input type="text"/>
شغل:	<input type="text"/>
وضعیت تأهل:	<input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/> مجرد
تلفن ثابت:	<input type="text"/>
کد شهرستان:	<input type="text"/>
تلفن همراه:	<input type="text"/>
نسبت با بیمه شده:	<input type="text"/>
شماره پرسنلی:	<input type="text"/>
نشانی دقیق محل کار:	<input type="text"/>
پست الکترونیکی:	<input type="text"/>
نشانی دقیق محل سکونت:	<input type="text"/>
کد پستی:	<input type="text"/>

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

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

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)
۲- حق بیمه قسط اول:	ریال <input type="text"/>
۳- حق بیمه سالانه:	ریال <input type="text"/>
۴- میزان افزایش سالانه حق بیمه در سنوات آتی:	ثابت <input type="checkbox"/> ۵٪ <input type="checkbox"/> ۱۰٪ <input type="checkbox"/> ۱۵٪ <input type="checkbox"/> ۲۰٪ <input type="checkbox"/> ۲۵٪ <input type="checkbox"/> ۳۰٪ <input type="checkbox"/> ۳۵٪ <input type="checkbox"/> ۴۰٪ <input type="checkbox"/> ۴۵٪ <input type="checkbox"/> ۵۰٪
۵- مدت بیمه نامه:	سال <input type="text"/> از ۵ تا ۳۰ سال
۶- سرمایه فوت بیمه شده:	ریال <input type="text"/> 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 <input type="checkbox"/> ۵٪ <input type="checkbox"/> ۱۰٪ <input type="checkbox"/> ۱۵٪ <input type="checkbox"/> ۲۰٪
۸- فوت بیمه شده در اثر حادثه تا سقف ۱۰ میلیارد ریال:	<input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد
۹- نقص عضو و از کار افتادگی دائم (کلی و جزئی) بیمه شده در اثر حادثه:	<input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد ( ۵۰٪ ) <input type="checkbox"/> ۱۰۰٪
۱۰- هزینه پزشکی ناشی از حادثه معادل ۱۰٪ سرمایه فوت در اثر حادثه تا سقف ۲۰۰ میلیون ریال:	<input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد
توجه: بیمه شده محترم، نظر به این که خطرات ذیل در شرایط عمومی حوادث شخصی پوشش های تبعی مندرج در ردیف های ۹، ۸ 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:	ورزشهای حرفه ای <input type="checkbox"/> رشته ورزشی: <input type="text"/> و مدت تمرین: <input type="text"/> در هفته
۱۱- پوشش تبعی معافیت از پرداخت حق بیمه در اثر از کار افتادگی کامل و دائم بیمه شده:	<input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد
۱۲- پوشش تبعی معافیت از پرداخت حق بیمه در اثر فوت و یا از کار افتادگی در اثر حادثه بیمه گذار (حادثه):	<input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد
۱۴- حق بیمه پوششهای تبعی از حق بیمه سالانه برداشت شود؟	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
۱۵- واریز اضافی به اندوخته (e):	ریال <input type="text"/>

توجه: در صورت عدم پرداخت حق بیمه، در سررسید مقرر به منظور برقراری پوششهای بیمه ای، هزینه پوشش فوت و سایر پوششهای تبعی 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

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  نام شرکت بیمه گر  سرمایه بیمه عمر  سرمایه پوشش حادثه  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 نام شرکت بیمه گر  سرمایه بیمه عمر  سرمایه پوشش حادثه  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 نامه هایی بیمه گر می تواند از ایفای تمام یا بخشی از تعهدات خود خودداری نماید)

(\*) بیمه گذاران می توانند مبلغی 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 و سود حاصله در طول مدت قرارداد مطابق شرایط عمومی و دستور العمل اجرایی مربوط قابل برداشت خواهد بود.

بقیه در پشت صفحه

۱۳۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰



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؟

<input type="checkbox"/>	قلب و عروق :	<input type="checkbox"/>	داخلی :	<input type="checkbox"/>	سکته مغزی :	<input type="checkbox"/>	هپاتیت :	<input type="checkbox"/>	پوست :
<input type="checkbox"/>	دستگاه تنفسی :	<input type="checkbox"/>	غده داخلی :	<input type="checkbox"/>	تشنج :	<input type="checkbox"/>	سل :	<input type="checkbox"/>	روخی و روانی :
<input type="checkbox"/>	فشار خون :	<input type="checkbox"/>	کلیه و مجاری ادرار :	<input type="checkbox"/>	صرع :	<input type="checkbox"/>	بیماری عفونی :	<input type="checkbox"/>	استخوان و مفاصل :
<input type="checkbox"/>	بیماری قند :	<input type="checkbox"/>	سرطان :	<input type="checkbox"/>	مغز و اعصاب :	<input type="checkbox"/>	چشم :	<input type="checkbox"/>	بیماری خونی :
<input type="checkbox"/>	نوع بیماری قند :	<input type="checkbox"/>	دستگاه گوارش :	<input type="checkbox"/>	بیماریهای واگیردار :	<input type="checkbox"/>	گوش و حلق و بینی :	<input type="checkbox"/>	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، 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 نمایید:

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

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

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/پیپ/اقلیان استفاده کرده یا می کنید؟  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- **قصد 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 ۳۰۰۲۰۰۰/۳۴ نزد بانک ملت، از ساعت ۲۴ روز واریز، بیمه نامه شما با اسناد 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 اینصورت 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 .....

بازاریاب/ 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 بازاریاب:..... نام نمایندگی:..... کد نمایندگی:..... تاریخ، مهر و امضاء نماینده

واحد صدور

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:  بله  بلا مانع 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 بلا مانع است. توضیح: .....

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