



مهر آسیا

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 شدگان تکمیل گردد.) تاریخ تکمیل: ...../...../.....

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

مشخصات بیمه گذار

تذکر: بیمه شده اول و دوم می بایست با بیمه گذار نسبت درجه یک داشته باشند.

نام خانوادگی: <input type="text"/>	
نام: <input type="text"/>	محل تولد: <input type="text"/>
تاریخ تولد: ...../...../.....	شماره شناسنامه: <input type="text"/>
شماره ملی (حقیقی): <input type="text"/>	نام پدر: <input type="text"/>
تلفن ثابت: <input type="text"/>	شغل: <input type="text"/>
کد شهرستان: <input type="text"/>	جنسیت: <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/> مرد
نشانی دقیق محل کار: شهر: <input type="text"/>	وضعیت تاهل: <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/> مجرد
خیابان: <input type="text"/>	نسبت با بیمه گذار: <input type="text"/>
کوچه: <input type="text"/>	شماره پرسنلی: <input type="text"/>
کد پستی: <input type="text"/>	پلاک: <input type="text"/>
پست الکترونیکی: <input type="text"/>	پلاک: <input type="text"/>

مشخصات بیمه شده اول

نام خانوادگی: <input type="text"/>	
نام: <input type="text"/>	محل تولد: <input type="text"/>
تاریخ تولد: ...../...../.....	شماره شناسنامه: <input type="text"/>
شماره ملی (حقیقی): <input type="text"/>	نام پدر: <input type="text"/>
تلفن ثابت: <input type="text"/>	شغل: <input type="text"/>
کد شهرستان: <input type="text"/>	جنسیت: <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/> مرد
نشانی دقیق محل کار: شهر: <input type="text"/>	وضعیت تاهل: <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/> مجرد
خیابان: <input type="text"/>	نسبت با بیمه گذار: <input type="text"/>
کوچه: <input type="text"/>	شماره پرسنلی: <input type="text"/>
کد پستی: <input type="text"/>	پلاک: <input type="text"/>
پست الکترونیکی: <input type="text"/>	پلاک: <input type="text"/>

مشخصات بیمه شده دوم

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- حق بیمه یکجا: <input type="text"/> ریال	۵- 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٪
۶- مدت بیمه نامه: <input type="text"/> سال از ۵ تا ۳۰ سال	۷- حق بیمه پوششهای تکمیلی هردو بیمه شده را جداگانه می پردازم: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر
۸- واریز متفرقه (۱): <input type="text"/> ریال	

پرداخت حق بیمه

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

در پایان مدت بیمه نامه، اندوخته مورد تعهد بیمه گر به استفاده کنند در صورت حیات بیمه شده اول تعلق می یابد.  
اخذ امضای شخص بیمه شدگان الزامی است در غیر این صورت طبق ماده ۲۳ قانون بیمه، بیمه نامه باطل می باشد.

۱- نام و نام خانوادگی بیمه گذار: ..... تاریخ و امضاء: .....

۲- نام و نام خانوادگی بیمه شده اول: ..... تاریخ و امضاء: .....

۳- نام و نام خانوادگی بیمه شده دوم: ..... تاریخ و امضاء: .....

تأیید اظهارات

(۱) بیمه گذارانی که حق بیمه بیمه نامه را به روش سالانه می پردازند می توانند مطالبی را به عنوان واریز متفرقه (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 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

کد ۱۴۰۱/۰۹/۱۳



توجه: لازم است سوالات ذیل توسط بیمه شده پاسخ داده شود:

۲- میزان افزایش سالانه سرمایه فوت در سنوات آتی: <input type="checkbox"/> ثابت <input type="checkbox"/> ۷۵٪ <input type="checkbox"/> ۱۰٪ <input type="checkbox"/> ۱۵٪ <input type="checkbox"/> ۲۰٪	۱- سرمایه فوت بیمه شده: (از یک تا ۴۰ برابر حق بیمه سالانه / از یک تا ۵ برابر حق بیمه یکجا) ریال
۴- پوشش تکمیلی نقص عضو و ازکارافتادگی دائم (کلی و جزئی) بیمه شده ناشی از حادثه: ندارد <input type="checkbox"/> دارد: (۱۰٪) <input type="checkbox"/> ۵۰٪ سرمایه فوت	۳- پوشش تکمیلی فوت بیمه شده در اثر حادثه: ندارد <input type="checkbox"/> دارد: (یک برابر <input type="checkbox"/> دو برابر <input type="checkbox"/> سه برابر <input type="checkbox"/> چهار برابر <input type="checkbox"/> سرمایه فوت) خطراتی که علاوه بر پوشش فوت بیمه شده در اثر حادثه با موافقت کتبی بیمه گر و پرداخت حق بیمه اضافی قابل ارائه است: زلزله <input type="checkbox"/> هدایت موتورسیکلت <input type="checkbox"/> ورزشهای حرفه ای <input type="checkbox"/> رشته ورزشی: ..... و مدت تمرین: ..... در هفته
۶- پوشش تکمیلی معافیت از پرداخت حق بیمه در اثر ازکارافتادگی کلی و دائم بیمه شده: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>	۵- پوشش تکمیلی هزینه پزشکی ناشی از حادثه معادل ۱۰٪ سرمایه فوت ناشی از حادثه تا سقف ۲۰۰ میلیون ریال: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> ۷- پوشش تکمیلی بیماریهای خاص: ندارد <input type="checkbox"/> دارد: (۳۰٪) <input type="checkbox"/> ۵۰٪ سرمایه فوت

مشخصات بیمه نامه بیمه شده اول

درصد سهم	نسبت با بیمه شده	نام پدر	شماره شناسنامه	تاریخ تولد روز/ماه/سال	شماره ملی	نام و نام خانوادگی	در صورت حیات بیمه شده اول
۱۰۰							
							۱
							۲
							۳
							۴

استفاده کنندگان بیمه شده اول

۱- آیا تاکنون بیمه عمر و بیمه حادثه انفرادی خریداری کرده اید؟ 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؟ خیر  بله  سرمایه پوشش حادثه  سرمایه بیمه عمر  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 اول

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	هیاتیت: <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	غده 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: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	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؟ 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
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 فرمائید.
۸. آیا دارویی را به طور مستمر استفاده می نمائید؟ خیر  بله  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؟ خیر  بله  علت فوت؟
۱۰. آیا از سیگار/ پیپ/ قلیان استفاده کرده یا می کنید؟ خیر  بله  میزان و مدت مصرف آن؟
۱۱. (در صورتی که بیمه شده آقا باشد): آیا از معافیت پزشکی در خدمت نظام وظیفه استفاده کرده اید؟ خیر  بله  علت آن را توضیح دهید؟
۱۲. وزن بیمه شده:  قد بیمه شده:
۱۳. نام بیمه های درمانی که تحت پوشش آن هستید را اعلام فرمایید:
۱۴. (در صورتی که بیمه شده خانم باشد): آیا باردار هستید؟ خیر  بله  (در صورت مثبت بودن، ضمن ذکر ماه بارداری؛ از مرکز مجوز اخذ شود)

نابیند اظهارات

اخذ امضای شخص بیمه شدگان الزامی است در غیر اینصورت طبق ماده ۲۳ قانون بیمه، بیمه نامه باطل می باشد.

۱- نام و نام خانوادگی بیمه گذار: ..... تاریخ و امضاء: .....

۲- نام و نام خانوادگی بیمه شده اول: ..... تاریخ و امضاء: .....



**توجه: لازم است سوالات ذیل توسط بیمه شده پاسخ داده شود:**

۲- میزان افزایش سالانه سرمایه فوت در سنوات آتی: <input type="checkbox"/> ثلث <input type="checkbox"/> ۵٪ <input type="checkbox"/> ۱۰٪ <input type="checkbox"/> ۱۵٪ <input type="checkbox"/> ۲۰٪	۱- سرمایه فوت بیمه شده: (از یک تا ۴۰ برابر حق بیمه سالانه / از یک تا ۵ برابر حق بیمه یکجا) ریال
۴- پوشش تکمیلی نقص عضو و ازکارافتادگی دائم (کلی و جزئی) بیمه شده ناشی از حادثه: ندارد <input type="checkbox"/> دارد: (۱۰۰٪ <input type="checkbox"/> ۵۰٪ سرمایه فوت)	۳- پوشش تکمیلی فوت بیمه شده در اثر حادثه: ندارد <input type="checkbox"/> دارد: (یک برلر <input type="checkbox"/> دو برلر <input type="checkbox"/> سه برابر <input type="checkbox"/> چهار برابر <input type="checkbox"/> سرمایه فوت) خطراتی که علاوه بر پوشش فوت بیمه شده در اثر حادثه با موافقت کتبی بیمه گر و پرداخت حق بیمه اضافی قابل ارائه است: زلزله <input type="checkbox"/> هدایا و تورسیکت <input type="checkbox"/> ورزشهای حرفه ای <input type="checkbox"/> رشته ورزشی: ..... و مدت تمرین: ..... در هفته ۵- پوشش تکمیلی هزینه پزشکی ناشی از حادثه معادل ۱۰٪ سرمایه فوت ناشی از حادثه تا سقف ۲۰۰ میلیون ریال: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> ۶- پوشش تکمیلی بیمه بیهوشی: ندارد <input type="checkbox"/> دارد: (۳۰٪ <input type="checkbox"/> ۵۰٪ سرمایه فوت)

مشخصات بیمه نامه بیمه شده دوم

نام و نام خانوادگی		شماره ملی	تاریخ تولد روز/ماه/سال	شماره شناسنامه	نام پدر	نسبت با بیمه شده	درصد سهم
۱							
۲							
۳							
۴							

استفاده کنندگان در صورت فوت بیمه شده دوم

۱- آیا تاکنون بیمه عمر و بیمه حادثه انفرادی خریداری کرده اید؟ خیر  بله  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؟ خیر  بله  سرمایه پوشش حادثه  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 دوم

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

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

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 فرمائید، 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
۴. در صورت مثبت بودن پاسخ، نوع بیماری، نسبت فرد بیمار و سن وی را ذکر نمایید:
۵. آیا نقص عضوی دارید؟ خیر  بله  چنانچه دارای هرگونه نقص عضوی می باشید با ذکر علت و درصد عنوان نمائید:
۶. آیا تا به حال در بیمارستان و یا مراکز درمانی بستری شده اید؟ خیر  بله
۷. آیا تا بحال تحت عمل جراحی قرار گرفته اید؟ خیر  بله  نوع عمل جراحی و نتیجه آن را ذکر فرمائید. شرح عمل و گزارش پاتولوژی ضمیمه شود.
۸. 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:
۹. آیا دارویی را به طور مستمر استفاده می نمائید؟ خیر  بله  لطفا نام دارو و میزان مصرف در ۲۴ ساعت را اعلام فرمائید.
۱۰. 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؟
۱۱. آیا از سیگار/ پیپ/ قلیان استفاده کرده یا می کنید؟ خیر  بله  میزان و مدت مصرف آن؟
۱۲. (در صورتی که بیمه شده آقا باشد): آیا از معافیت پزشکی در خدمت نظام وظیفه استفاده کرده اید؟ خیر  بله  علت آن را توضیح دهید؟
۱۳. قد بیمه شده: ..... وزن بیمه شده: .....
۱۴. نام بیمه های درمانی که تحت پوشش آن هستید را اعلام فرمائید:
۱۵. (در صورتی که بیمه شده خانم باشد): آیا باردار هستید؟ خیر  بله  (در صورت مثبت بودن، ضمن ذکر ماه بارداری؛ از مرکز مجوز اخذ شود)

نماید اظهارات

**اخذ امضای شخص بیمه شدگان الزامی است در غیر اینصورت طبق ماده ۲۳ قانون بیمه، بیمه نامه باطل می باشد.**

۱- نام و نام خانوادگی بیمه گذار: ..... تاریخ و امضاء: .....

۲- نام و نام خانوادگی بیمه شده دوم: ..... تاریخ و امضاء: .....



## مهر آسیا

توجه: مشتری گرامی در صورت پذیرش درخواست شما و تخصیص کد شناسه (رهگیری) بانکی و واریز اولین قسط حق بیمه بحساب بیمه آسیا، بیمه نامه شما صادر گردیده و از ساعت ۲۴ روز واریز، معتبر می باشد و شما به خانواده بزرگ بیمه گذاران عمر بیمه آسیا خواهید پیوست.

تأیید اظهارات	<p>اینجانبان بعنوان بیمه گذار و بیمه شده کلیه مفاد شرایط عمومی بیمه نامه را مطالعه نموده، به کلیه سوالات یا 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 و نام خانوادگی بیمه گذار : ..... تاریخ و امضاء .....                  ۲- نام و نام خانوادگی بیمه شده اول : ..... تاریخ و امضاء .....                  ۳- نام و نام خانوادگی بیمه شده دوم : ..... تاریخ و امضاء .....</p>
بازاریاب / نماینده	<p>اینجانب شخصاً بیمه گذار و نیز بیمه شدگان 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 شدگان 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 شدگان و استفاده کنندگان 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 :</p> <p>۱- سن بیمه شده اول و سرمایه بیمه نامه <input type="checkbox"/> مسائل پزشکی <input type="checkbox"/> سایر موارد: .....</p> <p>۲- سن بیمه شده دوم و سرمایه بیمه نامه <input type="checkbox"/> مسائل پزشکی <input type="checkbox"/> سایر موارد: .....</p>
نظریه پزشک معتمد	<p>سوابق پزشکی بیمه شده اول بررسی گردید و پذیرش ایشان :</p> <p>۱- نیاز به آزمایش تکمیلی دارد: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> ۲- منع پزشکی دارد: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> ۳- با اضافه نرخ پزشکی: <input type="checkbox"/> بلا مانع است.</p> <p>(درج علت و توضیح توسط پزشک معتمد الزامی است)</p> <p>نام پزشک معتمد : ..... تاریخ : ..... امضاء و مهر پزشک</p> <p>سوابق پزشکی بیمه شده دوم بررسی گردید و پذیرش ایشان :</p> <p>۱- نیاز به آزمایش تکمیلی دارد: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> ۲- منع پزشکی دارد: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> ۳- با اضافه نرخ پزشکی: <input type="checkbox"/> بلا مانع است.</p> <p>(درج علت و توضیح توسط پزشک معتمد الزامی است)</p> <p>نام پزشک معتمد : ..... تاریخ : ..... امضاء و مهر پزشک</p>
نظریه مسئول صدور	<p>۱- رونوشت شناسنامه / کارت ملی بیمه گذار، بیمه شدگان و استفاده کنندگان ضمیمه پیشنهاد می باشد: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>۲- با توجه به اطلاعات مندرج در سوابق بیمه ای بیمه شدگان:</p> <p>بیمه شده اول: حق بیمه بیمه نامه قبلی خود را بطور مرتب پرداخته است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> - سابقه خسارت: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/></p> <p>بیمه شده دوم: حق بیمه بیمه نامه قبلی خود را بطور مرتب پرداخته است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> - سابقه خسارت: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/></p> <p>۳- منع مقرراتی: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/></p> <p>۱-۴- با توجه به اطلاعات پرسشنامه بیمه شده اول:</p> <p>با لحاظ اضافه نرخ: - قد و وزن: <input type="checkbox"/> - سوابق خانوادگی: <input type="checkbox"/> - پزشکی: <input type="checkbox"/> با مجموع کل اضافه نرخ: <input type="checkbox"/></p> <p>۲-۴- با توجه به اطلاعات پرسشنامه بیمه شده دوم:</p> <p>با لحاظ اضافه نرخ: - قد و وزن: <input type="checkbox"/> - سوابق خانوادگی: <input type="checkbox"/> - پزشکی: <input type="checkbox"/> با مجموع کل اضافه نرخ: <input type="checkbox"/></p> <p>صدور بیمه نامه بلا مانع است.</p> <p>توضیحات: .....</p> <p>کد واحد صدور : ..... تاریخ : .....</p> <p>نام ..... مهر و امضاء رئیس شعبه ..... نام و امضاء مسئول صدور عمر و بس انداز</p>