

بیمه ملت

پیشنهاد بیمه زندگی و سرمایه گذاری

کد فرم: FO-۱۹۱-۰۵/۰۰

شماره سریال:

صفحه: ۱ از ۴

این برگه قبل از تأیید شرکت بیمه ملت و صدور بیمه نامه هیچگونه تعهدی را برای شرکت بیمه ملت ایجاد نمی کند.
از پیشنهاد دهنده تقاضا می گردد به کلیه پرسش های این پیشنهاد جواب کامل ارائه نماید و هیچ سوالی را بدون پاسخ نگذارد زیرا صحت پاسخ ها و کامل بودن آن شرط اصلی معتبر بودن قرارداد بیمه عمری است که بر اساس این پیشنهاد صادر می گردد.

ب
آ

مشخصات بیمه گذار | حداقل سن بیمه گذار ۱۸ سال تمام می باشد.

نام: نام خانوادگی: نام پدر:
کد ملی: شماره شناسنامه: محل صدور: محل تولد:
تاریخ تولد: روز ماه سال ۱۳ جنسیت: مرد زن وضعیت تاهل: مجرد متاهل
سطح تحصیلات: شماره همراه: پست الکترونیک: @
نشانی محل سکونت: استان شهر نشانی
تلفن منزل (با ذکر کد شهر): کد پستی منزل:
عنوان شغل: تاریخ شروع به اشتغال (کار فعلی): روز ماه سال ۱۳
نشانی محل کار: استان شهر نشانی
تلفن محل کار (با ذکر کد شهر): نسبت با بیمه شده:

مشخصات بیمه شده | در صورتی که بیمه گذار و بیمه شده یک شخص باشد، تکمیل این قسمت ضرورتی ندارد.

نام: نام خانوادگی: نام پدر:
کد ملی: شماره شناسنامه: محل صدور: محل تولد:
تاریخ تولد: روز ماه سال ۱۳ جنسیت: مرد زن وضعیت تاهل: مجرد متاهل
سطح تحصیلات: شماره همراه: پست الکترونیک: @
نشانی محل سکونت: استان شهر نشانی
تلفن منزل (با ذکر کد شهر): کد پستی منزل:
عنوان شغل: تاریخ شروع به اشتغال (کار فعلی): روز ماه سال ۱۳
نشانی محل کار: استان شهر نشانی
تلفن محل کار (با ذکر کد شهر):

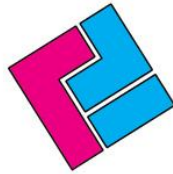
سوابق بیمه ای

آیا در حال حاضر بیمه عمر دیگری دارید؟ بلی خیر | در صورت مثبت بودن جدول زیر را تکمیل نمایید.

نام و نوع بیمه	شماره بیمه نامه	سرمایه بیمه	تاریخ شروع	مدت قرارداد	شرکت بیمه

آیا تا بحال پیشنهاد بیمه عمر به شرکت بیمه ای داده اید که مورد قبول واقع نشده باشد؟ بلی خیر | در صورت مثبت بودن جدول زیر را تکمیل نمایید.

نوع بیمه	سرمایه بیمه	نام شرکت بیمه	علت عدم موافقت



بیمه ملت

پیشنهاد بیمه زندگی و سرمایه گذاری

کد فرم: FO-۱۹۱-۰۵/۰۰
شماره سریال:
صفحه: ۲ از ۴

مشخصات بیمه نامه

مدت بیمه سال (حداقل ۵ سال و حداکثر تا سن ۷۰ سالگی بیمه شده)
روش پرداخت حق بیمه: ماهانه دو ماهه سه ماهه شش ماهه سالانه
حق بیمه سال اول قرارداد به حروف ریال به عدد ریال
افزایش سالیانه حق بیمه: درصد (نرخ تعدیل حق بیمه در سال بین ۰ و ۲۰ درصد است.)
سرمایه درخواست شده در صورت فوت (تعهد بیمه گر) به حروف ریال به عدد ریال
افزایش سالیانه سرمایه بیمه عمر: درصد (نرخ تعدیل سرمایه در سال بین ۰ و ۲۰ درصد و همچنین کوچکتر یا مساوی نرخ تعدیل حق بیمه در سال است.)
سرمایه فوت از ۵۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال تا سقف ۲۰۰۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال است.

پوشش های تکمیلی

سرمایه بیمه تکمیلی فوت بر اثر حادثه: عدم درخواست یک برابر سرمایه فوت دو برابر سرمایه فوت سه برابر سرمایه فوت
آیا بیمه معافیت از پرداخت حق بیمه به علت از کار افتادگی را نیز می خواهید؟ (این پوشش مخصوص بیمه گذار است.) بلی خیر
آیا پوشش امراض خاص (سکته قلبی، سکته مغزی، جراحی عروق (کرونر)، سرطان و پیوند اعضای اصلی بدن) را نیز می خواهید؟ بلی خیر

مشخصات استفاده کنندگان از سرمایه بیمه نامه

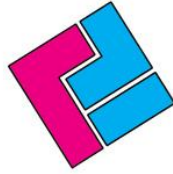
استفاده کنندگان از سرمایه بیمه عمر در صورت حیات و فوت بیمه شده در خلال مدت بیمه نامه (تکمیل کل اطلاعات ردیف الزامیست)

ردیف	نام	نام خانوادگی	شماره شناسنامه	کد ملی	نام پدر	تاریخ تولد	نسبت با بیمه شده	درصد استفاده از سرمایه بیمه عمر	در صورت حیات یا فوت
۱									
۲									
۳									
۴									
۵									

۲. در صورت حیات بیمه شده در انقضای مدت بیمه ، چنانچه استفاده کننده مشخص نشده باشد سرمایه بیمه به بیمه گذار پرداخت خواهد شد.
۳. در صورت فوت بیمه شده، چنانچه استفاده کننده تعیین نشده باشد، سرمایه بین وراث قانونی بیمه شده به نسبت سهم الارث تقسیم خواهد شد و چنانچه استفاده کنندگان تعیین شوند، اما درصد استفاده از سرمایه بیمه مشخص نشده باشد، سرمایه به نسبت مساوی بین استفاده کنندگان تقسیم خواهد شد.

سوالات عمومی پزشکی بیمه شده | بیمه شده می بایست با دقت به پرسش های زیر پاسخ گوید.

۱. وضعیت خدمت سربازی: انجام شده انجام نشده معافیت غیر پزشکی معافیت پزشکی ← ماده: بند: سال:
۲. قد: سانتی متر وزن: کیلوگرم آیا اخیراً تغییر وزن داشته اید؟ خیر بلی ← کاهش افزایش علت و میزان:
۳. آیا سابقه مصرف سیگار داشته و یا دارید؟ خیر بلی ← تعداد نخ روزانه مدت استعمال
۴. آیا سابقه مصرف سایر دخانیات را داشته و یا دارید؟ خیر بلی ← الکل حبشیش کراک تریاک و مشتقات آن داروهای شبه مخدر سایر
۵. بیماری های دوران بزرگسالی (در صورت ابتلا به هر نوع بیماری به طور کامل و با ذکر تاریخ بیان نمایید).
بیماری های اعصاب و روان: سابقه ای از تصادفات و جراحات:
سابقه اعمال جراحی: سابقه بستری در بیمارستان:



بیمه ملت

پیشنهاد بیمه زندگی و سرمایه گذاری

کد فرم: FO-۱۹۱-۰۵/۰۰
شماره سریال:
صفحه: ۳ از ۴

سابقه پزشکی بیمه شده | بیمه شده محترم، لطفاً هر یک از موارد زیر را که در شما صدق می کند و یا سابقه آن را داشته اید علامت بزنید

۱. وضعیت سلامت جاری: سالم ابتلا به افسردگی انواع سرطان بدخیم سابقه شیمی درمانی یا رادیوتراپی (برق گذاشتن)
۲. آزمایشات غربالگری (بیان تاریخ و آخرین آزمایشات انجام شده شامل آزمایش کامل خون، کامل ادرار، تست سل، پاپ اسمیر، ماموگرام، آزمایش خون مخفی مدفوع، میزان کلسترول خون) تاریخ: نتیجه:
- تاریخ: نتیجه:
۳. تاریخچه فامیلی: آیا والدین شما در قید حیات می باشند؟ پدر: بلی ← سن فعلی: خیر ← سن فوت: علت فوت:
- مادر: بلی ← سن فعلی: خیر ← سن فوت: علت فوت:
۴. سابقه وجود بیماری های خاص در خانواده مانند: بالا بودن فشار خون انواع بیماری قلبی سل سکتة قلبی و مغزی بیماری کلیوی انواع سرطان تورم مفاصل انواع کم خونی سردردها تشنج (صرع) بزرگی و یا کوچکی قلب
۵. گردن: توده گواتر درد سفتی
۶. پستان: توده درد یا احساس ناراحتی ترشح
۷. دستگاه تنفس: سرفه خلط خونی خس خس سینه سوت کشیدن سینه سرفه خونی تنگی نفس ابتلا قبلی یا فعلی به سل ابتلا قبلی یا فعلی به هر نوع بیماری تنفسی
۸. بیماری عفونی: سل هیپاتیت حصبه تب مالت مالاریا ایدز کیست هیداتیک
۹. دستگاه قلبی و عروق: مشکلات قلبی افزایش فشار خون تب رماتیسمی درد یا احساس ناراحتی در سینه تپش قلب تنگی نفس تنگی نفس در خواب یا در وضعیتهای متفاوت ورم اندام تحتانی آیا در شش ماه گذشته نوار قلب گرفته اید؟ بلی خیر
۱۰. دستگاه گوارشی: مشکلات بلع سوزش سر دل تهوع استفراغ پراشتهائی کم اشتهائی برگشت غذا به دهان استفراغ خونی عدم هضم غذا تغییرات اجابت غذا خونریزی از مدفوع دردهای مبهم شکم عدم تحمل به غذای خاص یرقان یا زردی مشکلات کبدی صفراوی اسهال مزمن
۱۱. دستگاه ادراری: تکرر ادرار سوزش افزایش یا کاهش حجم ادرار درد خون ادراری بدون درد کاهش قطر ادرار عدم توانائی در نگهداری ادرار سنگ های ادراری عفونت ادراری درد کلیه بزرگی و یا کوچکی کلیه ها تعداد کلیه
۱۲. دستگاه اسکلتی عضلانی: درد در عضله یا مفصل خشکی یا تورم مفصل کمردرد سابقه انواع دیسک ستون فقرات
۱۳. دستگاه اعصاب مرکزی: کاهش موقت هوشیاری تشنج ضعف فلج موقت بی حسی سوزن سوزن شدن اندام لرزش عدم توانائی در ایستادن افتادن به طرفین هنگام راه رفتن
۱۴. دستگاه خونساز: انواع کم خونی سابقه خونریزی های زیر جلدی با حداقل یا بدون ضربه (خود بخودی) سابقه انتقال خون و یا واکنش به آن
۱۵. غدد درون ریز: مشکلات تیروئید عدم تحمل به گرما یا سرما تعریق زیاد دیابت تشنگی یا گرسنگی زیاد پرادراری
۱۶. در صورت داشتن بیماری دیگر لطفاً ذکر فرمایید

اینجانبان (بیمه گذار و بیمه شده) امضاکنندگان زیر اعلام می داریم که تمام پاسخهایی که در این پرسشنامه داده ایم کاملاً درست بوده و مطلعیم هر گونه اظهار خلاف و خودداری از واقع گویی درباره وضع مزاجی و سلامتی بیمه شده، به موجب ماده ۱۲ قانون بیمه باعث ابطال و سلب مزایای بیمه نامه خواهد گردید. ضمناً شرکت بیمه اجازه دارد هر زمان که لازم بداند هر گونه تحقیق از پرونده پزشکی بیمه شده را به عمل آورد.

نام و امضای بیمه شده / قیم قانونی	نام و امضای بیمه گذار	مهر و امضای نماینده / کارگزار
تاریخ	تاریخ	تاریخ

در صورتی که سن بیمه شده کمتر از ۱۸ سال است، امضای قیم قانونی ضروری می باشد.



بیمه ملت

پیشنهاد بیمه زندگی و سرمایه گذاری

کد فرم: FO-۱۹۱-۰۵/۰۰
شماره سریال:
صفحه: ۴ از ۴

بیمه گذار گرامی:

لطفاً موارد زیر را به دقت مطالعه فرمائید. امضای شما به منزله اطلاع از کلیه موارد ذکر شده و موافقت با شرایط و مفاد بیمه نامه می باشد .

- نرخ سود بیمه نامه** نرخ بهره فنی علی الحساب از محل سرمایه گذاری ذخایر ریاضی بیمه نامه ۱۸ درصد در هر سال و برای مدت ۵ سال می باشد و در پایان مدت ۵ سال نرخ بهره فنی جدید با توجه به ضوابط بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران و شورای عالی بیمه مجدداً تعیین و اعلام خواهد شد .
- سود مشارکت در منافع** در پایان هر سال مالی حداقل ۸۵ درصد منافع مازاد بر نرخ سود فنی علی الحساب حاصل از سرمایه گذاری ذخایر ریاضی، مستقیماً به اندوخته ریاضی بیمه نامه اضافه خواهد شد و شرکت بیمه در پایان هر سال میزان آن را به بیمه گذار اعلام خواهد نمود.
- بازخرید** هیچ گونه محدودیت زمانی در بازخرید بیمه نامه زندگی و سرمایه گذاری وجود ندارد ولی با توجه به اینکه بیشترین هزینه ها در سال های اول بیمه نامه محاسبه می گردد، در صورت بازخرید بیمه نامه در سال های اول، ارزش بازخریدی بیمه نامه کمتر از مجموع حق بیمه پرداختی توسط بیمه گذار خواهد بود.
- تاخیر در پرداخت حق بیمه** هرگاه بیمه گذار از پرداخت هر قسط حق بیمه خودداری نماید، حق بیمه خطر فوت، پوشش های بیمه ای و هزینه های بیمه گری از محل ذخیره ریاضی بیمه نامه تامین می شود و پس از آن که ذخیره ریاضی بیمه نامه صفر گردد بیمه نامه معلق می شود. بیمه گذار در صورت موافقت بیمه گر می تواند با پرداخت حق بیمه مقرر، بیمه نامه را مجدداً برقرار نماید.
- جریمه و پاداش** در صورت تاخیر در پرداخت حق بیمه در سر رسید مقرر، مبلغ جریمه از ذخیره ریاضی بیمه نامه کسر می گردد. همچنین در صورت واریز حق بیمه زودتر از موعد مقرر، مبلغ پاداش به ذخیره ریاضی اضافه می گردد.

- نحوه دریافت سرمایه بیمه نامه** بصورت یکجا و یا مستمری است که در پایان قرارداد توسط بیمه گذار مشخص خواهد شد.
- بیمه نامه و جدول ضمايم** اصل بیمه نامه همراه با ضمايم پیوست شامل جدول تعهدات بیمه گر که میزان سرمایه بیمه نامه در هر سال مالی را نشان می دهد، دفترچه شرایط عمومی و خصوصی، گزارش اقساط بیمه نامه (دفترچه اقساط) و یک نسخه از فرم پیشنهاد امضا شده تحویل شما می گردد.
- هزینه آزمایشات پزشکی** در صورتی که بنا بر تشخیص پزشک معتمد شرکت، نیاز به انجام آزمایشات پزشکی داشته باشید، پس از صدور بیمه نامه و پرداخت حق بیمه مربوطه، هزینه آزمایشات با ارائه اصل فاکتور آزمایشات و معرفی نامه پزشکی توسط شرکت بیمه ملت پرداخت خواهد شد.
- مبلغ ریال بابت پیش پرداخت حق بیمه به عامل فروش تحویل داده شد.

نام و امضای بیمه گذار تاریخ	مهر و امضای نماینده/کارگزار تاریخ
--------------------------------	--------------------------------------

صدور بیمه نامه، سر رسید اقساط، نرخ سود مشارکت در منافع و ... از طریق پیامک به شماره همراه مندرج در فرم پیشنهاد ارسال خواهد شد.



گواهی رسید پیش پرداخت حق بیمه و صدور بیمه نامه موقت فوت در اثر حادثه با سرمایه ۵۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال

تاریخ: شماره سریال:

بدینوسیله گواهی می شود که بیمه گذار آقا/خانم مبلغ ریال را بابت پیش پرداخت بیمه نامه زندگی و سرمایه گذاری مورد درخواست در این پرسشنامه پرداخت نموده است. پس از وصول پیش پرداخت، بیمه شده آقا/خانم تحت پوشش بیمه موقت فوت در اثر حادثه به مدت ۳۰ روز و یا تا زمان صدور بیمه نامه می باشد.

نام و امضای بیمه گذار
تاریخ

مهر و امضای نماینده/کارگزار
تاریخ



بیمه ملت
www.melat.ir
۰۲۱-۸۵۳۳۳

مخصوص نماینده

۱. آیا پیشنهاد دهنده را شخصاً می‌شناسید؟ خیر بلی از چه مدتی

۲. آیا به نظر شما پیشنهاد دهنده در حال حاضر از سلامت برخوردار است؟ بلی خیر

۳. آیا ملاحظات خاصی از سلامت فعلی یا گذشته او دارید؟ (شرح دهید)

۴. گواهی می‌کنم بیمه شده را شخصاً رویت کرده‌ام و درباره شرایط بیمه عمر اطلاعات کامل را در اختیار بیمه‌گذار و بیمه شده قرار داده‌ام.

۵. پاسخ‌های ثبت شده در پرسشنامه از نظر اینجانب دارای صحت و دقت کافی است.

۶. بیمه‌گذار و بیمه شده مطلعند که هر گونه اظهارات نادرست و مبهم در این پرسشنامه می‌تواند به از دست دادن منافع و پوشش‌های این بیمه‌نامه منجر شود.

« نمایندگان صدور موظف هستند، فقط پس از واریز اولین قسط بیمه‌نامه (ماهانه، دوماهه، سه‌ماهه، شش‌ماهه و یا سالانه) به حساب بیمه‌های زندگی شرکت بیمه ملت، نسبت به تحویل اصل بیمه‌نامه به بیمه‌گذارها اقدام نمایند.
« در صورتی که بیمه‌گذار در مدت ۳۰ روز از تاریخ صدور بیمه‌نامه قسط اول را واریز نکرد، نماینده موظف است اصل بیمه‌نامه صادره را جهت ابطال برای مدیریت بیمه‌های زندگی ارسال نماید. بدیهی است چنانچه بیمه‌نامه ای صادر شود و طی ۳۰ روز حق بیمه مورد نظر واریز نشود و یا بیمه‌نامه ابطال نگردد، اولین قسط بیمه‌نامه به عنوان بدهکاری نماینده در سیستم بیمه‌های زندگی درج خواهد شد و از مبلغ کارمزد ایشان کسر و به حساب بیمه‌نامه مورد نظر واریز خواهد شد.

اینجانب موارد مندرج در این بخش را به دقت مطالعه نموده و مفاد آن را بدرستی متوجه شده و به کار خواهم بست.

مهر و امضای نماینده/کارگزار

مخصوص پزشک

آیا گزارش پزشک معتمد دارد؟ بلی خیر شماره و تاریخ گزارش

نظر پزشک معتمد:

نام پزشک معتمد مهر و امضاء پزشک

www.melat.ir | پیشنهاد بیمه زندگی و سرمایه‌گذاری بیمه ملت
info@melat.ir | مرکز ارتباط با مشتریان: ۰۲۱ ۸۵۳۳۳



بیمه ملت

www.melat.ir | مرکز ارتباط با مشتریان: ۰۲۱ ۸۵ ۳۳۳
info@melat.ir | مرکز پشتیبانی نمایندگان: ۰۲۱ ۸۵ ۳۳۲