



(سهامی عام)

شماره ثبت ۲۰۰۷۲۲

پیشنهاد دهنده گرامی، خواهشمند است به کلیه پرسش‌های مندرج در این فرم با صداقت و به صورت کامل و خوانا پاسخ داده و سپس امضاء فرمائید. شرط اصلی اعتبار بیمه‌نامه در صورت صدور، صحت اطلاعات مندرج در این پیشنهاد و پاسخ‌های شما بوده و به آن استناد خواهد شد. ضمناً تکمیل این پیشنهاد هیچ تعهدی را برای بیمه‌گر ایجاد نمی‌نماید.

پیشنهاد بیمه عمر انفرادی

شماره شناسایی سند: PI31F009

شماره بازنگری: 03

نام خانوادگی:	نام:
شماره شناسنامه:	کد ملی:
نام پدر:	وضعیت تاهل: <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/> مجرد
محل تولد:	تاریخ تولد: 13 / /
محل صدور:	جنسیت: <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن
محل تولد:	شغل اصلی:
تحصیلات:	شغل فرعی:
درآمد ماهیانه:	نشانی دقیق:
ریال:	شهر:
	استان:
	تلفن محل سکونت: (با ذکر کد شهر)
	محل کار: استان
	شهر:
	تلفن محل کار: (با ذکر کد شهر)
	نسبت یا بیمه‌شده: <input type="checkbox"/> خود شخص <input type="checkbox"/> سایر:

مشخصات بیمه گذار (حداقل 18 سال تمام)

نام خانوادگی:	نام:
شماره شناسنامه:	کد ملی:
نام پدر:	وضعیت تاهل: <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/> مجرد
محل تولد:	تاریخ تولد: 13 / /
محل صدور:	جنسیت: <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن
محل تولد:	شغل اصلی:
تحصیلات:	شغل فرعی:
درآمد ماهیانه:	نشانی دقیق:
ریال:	شهر:
	استان:
	تلفن محل سکونت: (با ذکر کد شهر)
	محل کار: استان
	شهر:
	تلفن محل کار: (با ذکر کد شهر)
	نسبت یا بیمه‌شده: <input type="checkbox"/> خود شخص <input type="checkbox"/> سایر:

مشخصات بیمه شده

نوع بیمه‌نامه	<input type="checkbox"/> عمر و سرمایه‌گذاری	<input type="checkbox"/> عمر ساده زمانی	<input type="checkbox"/> عمر مانده بدهکار با حق بیمه یکجا
سرمایه فوت	ریال	نرخ افزایش سرمایه فوت	<input type="checkbox"/> 20% <input type="checkbox"/> 15% <input type="checkbox"/> 10% <input type="checkbox"/> 5% (ثابت)
روش و میزان پرداخت حق بیمه	<input type="checkbox"/> حق بیمه یکجا	پرداخت حق بیمه یکجا به مبلغ (حروف، عدد):	ریال
	<input type="checkbox"/> حق بیمه اولیه و حق بیمه منظم	پرداخت حق بیمه اولیه به مبلغ (حروف، عدد):	ریال
	<input type="checkbox"/> حق بیمه منظم	پرداخت حق بیمه منظم: ماهانه <input type="checkbox"/> سه ماهه <input type="checkbox"/> شش ماهه <input type="checkbox"/> سالانه به مبلغ (عدد):	ریال
مدت بیمه‌نامه	سال	نرخ افزایش حق بیمه منظم	<input type="checkbox"/> 20% <input type="checkbox"/> 15% <input type="checkbox"/> 10% <input type="checkbox"/> 5% (ثابت)
	در صورت انتخاب بیمه عمر مانده بدهکار، مانده وام دریافتی را نیز اعلام نمایید.	مانده وام دریافتی	ریال

مشخصات بیمه‌نامه

پوشش‌های اضافی	<input type="checkbox"/> فوت در اثر حادثه با سرمایه	ریال
	<input type="checkbox"/> پرداخت مقرری روزانه بستری شدن در مراکز درمانی ناشی از حادثه	پرداخت هزینه پزشکی ناشی از حادثه
	<input type="checkbox"/> معافیت از پرداخت هزینه‌های بیمه‌نامه در صورت از کارافتادگی دائم و کامل ناشی از (بیماری یا حادثه)	معافیت از پرداخت کل حق بیمه در صورت از کارافتادگی دائم و کامل ناشی از (بیماری یا حادثه)
	<input type="checkbox"/> پرداخت مستقیم مری در صورت از کارافتادگی دائم و کامل ناشی از (بیماری یا حادثه)	پرداخت سرمایه بی‌کساری در صورت از کارافتادگی دائم و کامل ناشی از (بیماری یا حادثه)
	<input type="checkbox"/> امراض خاص	حق بیمه پوشش‌های اضافی و مالیات بر ارزش افزوده مازاد بر حق بیمه پایه محاسبه گردد. <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر

اولویت	درصد سهم	نسبت یا بیمه‌شده	محل تولد (محل ثبت)	تاریخ تولد (تاریخ ثبت)			شماره شناسنامه	کد ملی (شماره ثبت)	نام پدر	جنسیت	نام خانوادگی (نام موسسه)	نام	در صورت فوت بیمه‌شده	در صورت حیات بیمه‌شده
				سال	ماه	روز								

مشخصات استفاده کنندگان از سرمایه بیمه‌نامه

قد بیمه شده	سانتی متر	وزن بیمه شده	کیلوگرم	کد نمایندگی
محل امضاء (بیمه‌شده)	وضعیت انجام نظام وظیفه: <input type="checkbox"/> انجام خدمت وظیفه عمومی <input type="checkbox"/> معافیت پزشکی: بند: ماده: علت معافیت: <input type="checkbox"/> عدم انجام خدمت وظیفه عمومی <input type="checkbox"/> غیر مشمول <input type="checkbox"/> معافیت غیر پزشکی: <input type="checkbox"/> آیا از موتورسیکلت دنده‌ای استفاده می‌نمایید؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی، به ندرت <input type="checkbox"/> بلی، به طور مستمر (موارد استفاده را شرح دهید). <input type="checkbox"/> آیا رشته (های) ورزشی خاصی را انجام می‌دهید؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی، تفریحی <input type="checkbox"/> بلی، حرفه‌ای <input type="checkbox"/> نام رشته (های) ورزشی: <input type="checkbox"/> آیا مسافرت مستمر/ ماموریت کاری برون شهری انجام می‌دهید؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی (تعداد مسافرت ماهانه، وسیله نقلیه و مقصد را بیان نمایید). <input type="checkbox"/> اگر فعالیت‌های جنبی دیگری انجام می‌دهید بیان نمائید؟	مهر، امضاء و نام نمایندگی	تاریخ: 13 / /	نام بیمه‌شده، تاریخ و امضاء:

سئوالات عمومی (بیمه‌شده)

آدرس: تهران، خیابان ولی عصر، بالاتر از بلوار میرداماد، خیابان قبادیان، پلاک 22، کد پستی: 1969633391 - تلفن 8259

www.parsianinsurance.ir



پیشنهاد بیمه عمر انفرادی

ردیف	بیماری	بلی	خیر	ردیف	بیماری	بلی	خیر
1	بیماری‌های دستگاه تنفسی (سرفه مزمن، آسم، تنگی نفس، خلط خونی یا چرکی و...)			2	بیماری‌های قلب و عروق (درد قفسه‌سینه، تنگی نفس فعالیت، سکنه قلبی، واریس، تپش قلب...)		
3	بیماری‌های خونی (سابقه تزریق خون، کم‌خونی، خون‌ریزی بدون علت و طولانی از هر قسمت بدن)			4	بیماری‌های گوارشی (کبد، زردی یا یرقان، دردهای طولانی مدت شکمی، تهوع، پانکراس (پوزالمده) و...)		
5	بیماری‌های اعصاب و روان (افسردگی، اضطراب، تشویش، وسواس، سابقه خودکشی و...)			6	بیماری‌های داخلی اعصاب (تشنج، سکنه مغزی، مشکلات حرکتی، فراموشی و...)		
7	بیماری‌های کلیه و مجاری ادرار (پرستانت، خون در ادرار، سوزش ادرار، سنگ کلیه و...)			8	بیماری‌های گوش، حلق و بینی (سرگیجه، خونریزی بینی، کاهش شنوایی، ترشحات چرکی یا خون از گوش)		
9	بیماری‌های پوستی (خون‌ریزی یا خون‌مردگی زیرپوستی، خال‌های بزرگ در حال رشد، گندهای پوستی...)			10	بیماری‌های استخوانی، عضلات و مفاصل و...)		
11	بیماری‌های غدد، داخلی و تیروئید (تغییر وزن، کاهش یا افزایش اشتها، تعریق فراوان، جریخی خون بالا...)			12	بیماری‌های عفونی (سل، هیپاتیت، حصبه، تب مالت، مالاریا، ایدز، کیست هیداتیک، آبله مرغان و...)		
13	آیا دارای فشار خون هستید؟			14	آیا دارای دیابت هستید؟		
15	آیا سابقه سرطان و بدخیمی داشته‌اید؟			16	آیا سابقه تومور داشته‌اید؟		
17	آیا مورد عمل جراحی قرار گرفته‌اید؟			18	آیا سابقه بستری شدن در بیمارستان، آسایشگاهی و یا سایر مراکز درمانی را دارید؟		
19	آیا دچار نقص عضو شده‌اید؟			20	آیا دچار از کارافتادگی شده‌اید؟		
21	آیا در شش ماه گذشته کاهش وزن داشته‌اید؟			22	آیا به بیماری یا عارضه دیگری مبتلا شده‌اید که ذکر نشده باشد؟		
23	آیا از دارو برای بیماری طولانی مدت استفاده می‌کنید؟			24	آیا در حال حاضر به لحاظ پزشکی سالم هستید؟		
25	آیا دچار شکستگی در ناحیه‌ای از بدن شده‌اید؟			26	آیا سابقه تصادف، حادثه یا سقوط داشته‌اید؟		
27	آیا در حال حاضر باردار هستید؟			28	آیا بیماری‌های زنانه دارید؟		
29	آیا دچار ترشح، خونریزی، درد در توده پستان و عدم تقارن در ناحیه سینه یا زیر بغل شده‌اید؟			30	آیا دچار عوارض و بیماری‌های ناشی از حاملگی و زایمان شده‌اید؟		
31	بیماری‌های چشمی (خون‌مردگی یا کبودی دورچشم، ضربه به چشم، پارگی مویرگ‌های چشم، تاری دید، دوبینی، کاهش بینایی، انحراف چشم، ضعف چشم و...)						
32	آیا کسی از بستگان درجه یک شما به بیماری سل، تشنج، سرطان، بیماری قلبی، فشارخون، دیابت، نارسایی کلیه، سکنه مغزی، بیماری مادرزادی و یا بیماری روحی و عصبی مبتلا بوده یا می‌باشد؟						
33	آیا در حال حاضر به علت بیماری یا مورد خاص تحت مداوا یا مشاوره پزشکی قرار دارید؟						
34	در صورت استفاده از موارد ذکر شده، مقدار، نوع و مدت مصرف را اعلام نمایید. □ دخانیات (سیگار، قلیان... □ مشروبات الکلی □ مواد مخدر، محرک و روان‌گردان □ هیچکدام						
در صورت مثبت بودن هر کدام از سئوالات فوق با ذکر نام بیماری، زمان شروع بیماری، نوع و میزان داروی مصرفی، مدت زمان داروی مصرفی، درمان انجام‌شده و وضعیت فعلی (بیمه‌شده) را توضیح دهید. (در صورت جراحی، تاریخ و علت عمل جراحی یا بستری شدن را ذکر فرمایید).							
وضعیت سلامت		افراد خانواده	سن	حیات / فوت	شرح (در صورت حیات، وضعیت سلامت و در صورت فوت علت آن را شرح دهید)		
		پدر		□ حیات □ فوت			
		مادر		□ حیات □ فوت			
		□ خواهر □ برادر		□ حیات □ فوت			
		□ خواهر □ برادر		□ حیات □ فوت			
		□ خواهر □ برادر		□ حیات □ فوت			
سوابق بیماری							
آیا تا به حال درخواست بیمه عمری داشته‌اید که یک شرکت بیمه صدور آن را نپذیرفته باشد؟ □ بلی □ خیر (در صورت مثبت بودن، جدول زیر را تکمیل کنید). آیا در حال حاضر پیشنهاد بیمه عمری یا حادثه در جریان صدور یا صادر شده دارید؟ □ بلی □ خیر (در صورت مثبت بودن، جدول زیر را تکمیل کنید).							
شرکت بیمه‌گر		نوع بیمه‌نامه		در جریان صدور / عدم صدور		تاریخ صدور / عدم صدور	
				□ در جریان صدور □ عدم صدور		13 / /	
				□ در جریان صدور □ عدم صدور		13 / /	
سوابق بیماری							
*اینجانبان (بیمه‌شده و بیمه‌گذار) امضاء کنندگان این پیشنهاد اعلام می‌نماییم که پاسخ‌های داده شده کاملاً درست و عین واقعیت بوده و مطلع هستیم که هرگونه اظهار خلاف واقع و خودداری از واقع‌گویی به موجب قانون بیمه باعث باطل شدن قرارداد بیمه عمر و از دست دادن مزایای آن خواهد شد. ضمناً بیمه‌گر یا پزشکان معتمد اجازه دارند هرگونه اطلاعاتی را که راجع وضع مزاجی و سلامت بیمه‌شده نیاز باشد کسب نمایند.							
محل امضاء		نام بیمه‌گذار:		نام بیمه‌شده:		نام بیمه‌شده:	
		امضاء بیمه‌گذار:		امضاء بیمه‌شده:		تاریخ:	
بیمه تکمیل گردد توسط فروشنده		آیا بیمه شده را شخصاً می‌شناسید؟ آیا ملاحظات خاصی از سلامت فعلی یا گذشته او دارید؟ شرح دهید. آیا درباره شرایط بیمه عمر اطلاعات کامل در اختیار بیمه‌گذار و بیمه‌شده گذارده‌اید؟ آیا صحت امضاء بیمه‌شده و بیمه‌گذار مورد تأیید شما می‌باشد؟					
نظر پزشک معتمد		تاریخ: 13 / / نام، امضاء و مهر پزشک معتمد:					
کد نمایندگی		بلی □ خیر □ از چه مدتی؟ بلی □ خیر □ بلی □ خیر □ بلی □ خیر □					
مهر، امضاء و نام نمایندگی		تاریخ: 13 / /					
افزایش نرخ		درصد					