

# فرم پیشنهاد صدور بیمه نامه جامع عمر و پس انداز



متقاضی 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 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 متقاضی و بیمه شونده تکمیل گردد.)

تاریخ تکمیل: / /

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

مشخصات متقاضی

نام خانوادگی:											
نام:											
تاریخ تولد:	شماره شناسنامه:	نام پدر:	محل تولد:	تابعیت:	جنسیت:	مرد <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/>					
شماره ملی:	شماره ثبت:		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 شونده

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	۳- حق بیمه سالانه:	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:	از ۵ تا ۳۰ سال <input type="checkbox"/>
۶- سرمایه فوت به هر علت بیمه شده از یک تا ۲۵ برابر حق بیمه سالانه از یک تا ۵ برابر حق بیمه یکجا	ریال	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- 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"/> سرمایه فوت به هر علت) تا سقف سه میلیارد ریال 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 حرفه‌ای <input type="checkbox"/> رشته ورزشی: ..... و مدت تمرین: ..... در هفته			
۹- پوشش تکمیلی نقص عضو و از کار افتادگی (کلی و جزئی) بیمه شده ناشی از حادثه: ندارد <input type="checkbox"/> دارد: (۱۰٪ <input type="checkbox"/> ۵۰٪ <input type="checkbox"/> سرمایه فوت به هر علت)			
۱۰- 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"/>			
۱۱- پوشش تکمیلی معافیت از پرداخت حق بیمه در اثر از کار افتادگی کلی و دائم بیمه شده: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>			
۱۲- پوشش تکمیلی معافیت از پرداخت حق بیمه در اثر فوت و یا از کار افتادگی ناشی از حادثه بیمه گذار (حامی): دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>			
۱۳- پوشش تکمیلی بیماریهای خاص: معادل ۳۰٪ سرمایه فوت به هر علت تا سقف ۲۰۰ میلیون ریال دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>			
۱۴- حق بیمه پوششهای تکمیلی را جداگانه می‌پردازم: <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/>			
۱۵- واریز متفرقه (*): ..... ریال			

مشخصات بیمه نامه مورد درخواست

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

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

استفاده کنندگان

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

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

شماره بیمه نامه:  نام شرکت بیمه گر:  سرمایه بیمه عمر:  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 بیمه‌ای بیمه شونده

(\*) بیمه گذارانی که حق بیمه بیمه نامه را به روش سالانه می‌پردازند می‌تواند مبلغی را به عنوان واریز متفرقه (حداقل ۵,۰۰۰,۰۰۰ ریال) علاوه بر حق بیمه اصلی به حساب بیمه نامه خود واریز نماید 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 می‌شود، 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.

کد: ۰۲۰۵۲۰۳۳۳





توجه: لازم است سوالات ذیل که در خصوص سوابق پزشکی "بیمه شونده" می باشد، توسط ایشان یا متقاضی 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:	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"/>	هیپاتیت:	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"/>	غدد 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"/>
فشار خون:	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:	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	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 فرمایید، سوابق بیماری و مدارک پزشکی ضمیمه شود.

۳- آیا از افراد خانواده شما (پدر- مادر- خواهر- برادر- همسر- فرزندان) کسی سابقه بیماری های 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؟  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 صورتیکه بیمه شونده آقا باشد: آیا از معافیت پزشکی در خدمت نظام وظیفه استفاده کرده اید؟  خیر  بله  علت آن را توضیح دهید؟

۱۲- قند بیمه شونده:  وزن بیمه شونده:

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

۱۴- (در صورتی که بیمه شونده خانم باشد): آیا باردار هستید؟  خیر  بله  (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 بانکی و واریز اولین قسط حقیقه 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.

تایید اظهارات	اینجانبان بعنوان متقاضی (بیمه گذار) و بیمه شونده 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 متقاضی (بیمه گذار)..... تاریخ و امضاء ..... ۲- نام بیمه شونده:..... تاریخ و امضاء .....
بازاریاب / نماینده	اینجانب شخصاً متقاضی بیمه نامه (بیمه گذار) و نیز بیمه شونده 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 شونده و متقاضی بیمه نامه (بیمه گذار) را تأیید می نمایم. همچنین مسئولیت رعایت ضوابط و دستورالعمل ها متوجه این نمایندگی می باشد. رونوشت شناسنامه و کارت ملی متقاضی، بیمه شونده و استفاده کننده 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؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> علت درخواست آزمایش های پزشکی: سن بیمه شده و سرمایه بیمه نامه <input type="checkbox"/> مسائل پزشکی <input type="checkbox"/> سایر موارد: .....
نظریه پزشک معتمد:	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"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> ۴- بلامانع است.
نظریه مسئول صدور	(درج علت و توضیح توسط پزشک معتمد الزامی است) نام پزشک معتمد: تاریخ: امضاء و مهر پزشک
	۱- رونوشت شناسنامه/کارت ملی ضمیمه پیشنهاد می باشد: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> ۲- با توجه به اطلاعات مندرج در سوابق بیمه ای بیمه شونده: - حق بیمه بیمه نامه قبلی بطور مرتب پرداخت شده است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> - سابقه خسارت: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> ۳- منع مقرراتی: دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> ۴- با توجه به اطلاعات پرسشنامه، با لحاظ اضافه نرخ: - قند و وزن: <input type="checkbox"/> - سوابق خانوادگی: <input type="checkbox"/> - پزشکی: <input type="checkbox"/> با مجموع کل اضافه نرخ: <input type="checkbox"/> صدور بیمه نامه بلامانع است. توضیح: .....
	نام واحد صدور: تاریخ: نام بیمه شونده: امضاء مسئول صدور عمر و پس انداز