

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 سؤالات احتمالی خود را از همکاران این شرکت دریافت و متعاقب آن تصمیم گیری نمایید.

تاریخ تکمیل:/...../.....

(این فرم لازم است بدون خط خوردگی توسط متقاضی و بیمه شونده تکمیل گردد.)

کد رایانه

نام خانوادگی / نام شرکت:	
نام:	
تاریخ تولد:/...../.....	شماره شناسنامه:
جنسیت: ☐ زن ☐ مرد	محل تولد:
شماره ملی (حقیقی) / کد اقتصادی (حقوقی):	نام پدر:
شماره ثبت:	شغل:
تلفن ثابت:	تلفن همراه:
کد پستی:	پست الکترونیکی: @.....
کد پستی:	پست الکترونیکی: @.....

نام خانوادگی:	
نام:	
تاریخ تولد:/...../.....	شماره شناسنامه:
جنسیت: ☐ زن ☐ مرد	محل تولد:
شماره ملی:	نام پدر:
شغل:	تلفن همراه:
تلفن ثابت:	تلفن همراه:
کد پستی:	پست الکترونیکی: @.....
کد پستی:	پست الکترونیکی: @.....

۱- روش پرداخت حق بیمه: ☐ یکجا ☐ سالانه ☐ دوقسط شش ماهه ☐ چهار قسط سه ماهه ☐ شش قسط دو ماهه ☐ دوازده قسط ماهانه (گروهی)	
۲- حق بیمه قسط اول:	۳- حق بیمه سالانه:
۴- میزان افزایش سالانه حق بیمه در سنوات آتی: ثابت ☐ ۵٪ ☐ ۱۰٪ ☐ ۱۵٪ ☐ ۲۰٪	۵- مدت بیمه نامه: از ۵ تا ۳۰ سال
۶- سرمایه فوت به هر علت بیمه شده از یک تا ۲۵ برابر حق بیمه سالانه از یک تا ۵ برابر حق بیمه یکجا	۷- میزان افزایش سالانه سرمایه فوت در سنوات آتی: ثابت ☐ ۵٪ ☐ ۱۰٪ ☐ ۱۵٪
۸- پوشش تکمیلی فوت بیمه شده در اثر حادثه: ندارد ☐ دارد: (یک برابر ☐ دو برابر ☐ سه برابر ☐ سرمایه فوت به هر علت) تا سقف سه میلیارد ریال	
۹- پوشش تکمیلی نقص عضو و از کار افتادگی (کلی و جزئی) بیمه شده ناشی از حادثه: ندارد ☐ دارد: (۱۰۰٪ ☐ ۵۰٪ ☐ 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: ندارد ☐ دارد ☐	
۱۱- پوشش تکمیلی معافیت از پرداخت حق بیمه در اثر از کار افتادگی کلی و دائم بیمه شده: ندارد ☐ دارد ☐	
۱۲- پوشش تکمیلی معافیت از پرداخت حق بیمه در اثر فوت و یا از کار افتادگی ناشی از حادثه بیمه گذار (حامی): ندارد ☐ دارد ☐	
۱۳- پوشش تکمیلی بیماریهای خاص: معادل ۳۰٪ سرمایه فوت به هر علت تا سقف ۲۰۰ میلیون ریال	
۱۴- حق بیمه پوششهای تکمیلی را جداگانه می‌پردازم: ☐ خیر ☐ بله	
۱۵- واریز متفرقه (*): ریال	

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."

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

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 ☐ در صورت مثبت بودن پاسخ 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)

(*) بیمه گذارانی که حق بیمه بیمه نامه را به روش سالانه می‌پردازند می‌توانند مبلغی 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 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.
تهران - خیابان آیت اله طالقانی - بین خیابان ولیعصر و خیابان حافظ - پلاک 404 سامانه پیام رسان ۳۰۰۰۷۲۴۲ - تلفن: ۱۶ - ۶۶۴۰۵۷۱۵ و ۱۳ - ۶۶۴۰۹۹۱۲ (۰۲۱) WWW.BIMEHASIA.COM

ک: ۱۳۹۳۰۵۲۰



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

قلب و عروق :	بله ☐ خیر ☐	داخلی :	بله ☐ خیر ☐	سکته مغزی:	بله ☐ خیر ☐	هیپاتیت:	بله ☐ خیر ☐	پوست :	بله ☐ خیر ☐
دستگاه تنفسی:	بله ☐ خیر ☐	غدد داخلی:	بله ☐ خیر ☐	تشنج:	بله ☐ خیر ☐	سل :	بله ☐ خیر ☐	روحي و رواني:	بله ☐ خیر ☐
فشار خون :	بله ☐ خیر ☐	کلیه و مجاری ادرار:	بله ☐ خیر ☐	صرع:	بله ☐ خیر ☐	بیماری عفونی:	بله ☐ خیر ☐	استخوان و مفاصل:	بله ☐ خیر ☐
بیماری قند:	بله ☐ خیر ☐	سرطان :	بله ☐ خیر ☐	مغزو اعصاب:	بله ☐ خیر ☐	چشم :	بله ☐ خیر ☐	بیماری خونی:	بله ☐ خیر ☐
نوع بیماری قند:		دستگاه گوارش:	بله ☐ خیر ☐	بیماری های واگیردار:	بله ☐ خیر ☐	گوش و حلق و بینی:	بله ☐ خیر ☐	اختلال حرکتی:	بله ☐ 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 بیماری های 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 ماهه 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- قـــد 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 حق بیمه 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؟ بله ☐ خیر ☐ علت درخواست آزمایش های پزشکی: سن بیمه شده و سرمایه بیمه نامه ☐ مسائل پزشکی ☐ سایر موارد:	
نظریه پزشک معتمد	۱- نیاز به آزمایش تکمیلی دارد: بله ☐ خیر ☐ ۲- منع پزشکی دارد: بله ☐ خیر ☐ ۳- با اضافه نرخ پزشکی: ☐ بلامانع است.	
نظریه مسئول صدور	(درج علت و توضیح توسط پزشک معتمد الزامی است)	
	نام پزشک معتمد:	تاریخ:
	امضاء و مهر پزشک	
نظریه مسئول صدور	۱- رونوشت شناسنامه/کارت ملی ضمیمه پیشنهاد می باشد: بله ☐ خیر ☐ ۲- با توجه به اطلاعات مندرج در سوابق بیمه ای بیمه شونده: - 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 بلامانع است.	
	توضیح:	
	کد واحد صدور:	تاریخ:
نام و امضاء رئیس شعبه		نام امضاء مسئول صدور عمر و پس انداز