



پیشنهاد بیمه عمر  
و سرمایه گذاری انفرادی



شماره ۲-۱۱۷۱۶۱

کد نماینده/کارگزار: \_\_\_\_\_ نام قرارداد: \_\_\_\_\_ شیوه پرداخت: \_\_\_\_\_

نام و نام خانوادگی: \_\_\_\_\_  
 تاریخ تولد: / / نام پدر: \_\_\_\_\_ شغل: \_\_\_\_\_ محل صدور: \_\_\_\_\_ وضعیت تاهل: مجرد  متاهل   
 کد ملی: \_\_\_\_\_ شماره شناسنامه: \_\_\_\_\_ جنسیت: خانم  آقا   
 نشانی محل کار: \_\_\_\_\_ تلفن: \_\_\_\_\_  
 نشانی محل اقامت: \_\_\_\_\_ کد پستی: \_\_\_\_\_

بیمه شده

نام و نام خانوادگی: \_\_\_\_\_  
 تاریخ تولد: / / نام پدر: \_\_\_\_\_ محل صدور: \_\_\_\_\_ نسبت با بیمه شده: \_\_\_\_\_  
 کد ملی: \_\_\_\_\_ جنسیت: خانم  آقا  شماره شناسنامه: \_\_\_\_\_ کد پستی: \_\_\_\_\_  
 اگر بیمه گذار شخصیتی حقوقی است: نام موسسه: \_\_\_\_\_ شماره ثبت: \_\_\_\_\_  
 نشانی: \_\_\_\_\_ تلفن: \_\_\_\_\_

بیمه کار

سرمایه فوت: (به حروف) \_\_\_\_\_ مدت بیمه: \_\_\_\_\_  
 حق بیمه در شروع: (به حروف) \_\_\_\_\_ مبلغ پیش پرداخت: \_\_\_\_\_  
 ضریب تعدیل سالانه حق بیمه: \_\_\_\_\_ ضریب تعدیل سالانه سرمایه: \_\_\_\_\_  
 پوشش تکمیلی فوت بر اثر حادثه: بلی  خیر  سرمایه تکمیلی فوت بر اثر حادثه: \_\_\_\_\_ حق بیمه: \_\_\_\_\_  
 پوشش تکمیلی معافیت از پرداخت حق بیمه: بلی  خیر  حق بیمه: \_\_\_\_\_  
 پوشش تکمیلی بیماری های تحت پوشش: بلی  خیر  سرمایه تکمیلی بیماری: \_\_\_\_\_ حق بیمه: \_\_\_\_\_  
 آیا در حال حاضر بیمه عمر یا حادثه دیگری دارید؟ بلی  خیر  چه نوع: \_\_\_\_\_ نزد کدام شرکت: \_\_\_\_\_ چه مبلغ: \_\_\_\_\_  
 آیا در حال حاضر پیشنهاد بیمه عمر یا حادثه در جریان صدور دارید؟ بلی  خیر  چه نوع: \_\_\_\_\_ نزد کدام شرکت: \_\_\_\_\_  
 ● تذکر: چنانچه در طول مدت اعتبار بیمه نامه و یا پس از خاتمه آن مشخص شود که بیمه شده کلیه بیمه نامه های عمر و حوادث انفرادی خود نزد هر یک از شرکت های بیمه را اعلام نداشته است، شرکت بیمه می تواند از پرداخت تمام یا بخشی از تعهدات سرمایه فوت و حادثه خودداری کند.

مشخصات بیمه

ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره شناسنامه	کد ملی	نام پدر	جنسیت	نسبت با بیمه شده	درصد سهم
۱							
۲							
۳							
۴							
۵							
۶							

استفاده کننده در صورت فوت بیمه شده

نام و نام خانوادگی: \_\_\_\_\_ شماره شناسنامه/کد ملی: \_\_\_\_\_ نسبت با بیمه شده: \_\_\_\_\_

سئوالات عمومی و پزشکی از بیمه شده ( لطفا با خط خوانا بنویسید )

۱- آیا خدمت وظیفه انجام داده‌اید؟  بلی  خیر اگر پاسخ منفی است علت را ذکر فرمایید:

۲- قد: \_\_\_\_\_ وزن: \_\_\_\_\_

۳- آیا تا به حال مبتلا به بیماری‌هایی از قبیل قلب و عروق، بیماری‌های عفونی، هورمونی، ریوی، سرگیجه، گردش خون، یرقان، بیماری‌های مقاربتی و دستگاه تناسلی و یا هر نوع بیماری‌های داخلی و عفونی دیگر، سرطان، بیماری‌های زنانه، آسم، ترومبوز، غش، دیابت، انواع ناراحتی‌های عصبی و شوکی، عدم تعادل روانی و یا هر نوع بیماری مزمن دیگر شده‌اید:  بلی  خیر  
در صورت مثبت بودن هر یک از موارد بالا لطفا نام بیماری، تاریخ و نام پزشک معالج را مرقوم فرمایید:

۴- آیا تا به حال عمل جراحی انجام داده‌اید؟  بلی  خیر اگر پاسخ مثبت است توضیح دهید:

۵- آیا در حال حاضر به هر دلیل تحت نظر پزشک می‌باشید؟  بلی  خیر اگر پاسخ مثبت است توضیح دهید:

۶- آیا در بین افراد خانواده شما کسی به سل، بیماری‌های قلبی، بیماری قند، روحی و عصبی و صرع و یا بیماری‌های واگیردار مبتلا بوده است:  بلی  خیر  
در صورت مثبت بودن، با ذکر نام بیماری توضیح کامل دهید:

● دریافت پیش قسط هیچ‌گونه تعهدی برای بیمه‌گر ایجاد نمی‌نماید و صدور بیمه‌نامه عمر و سرمایه‌گذاری منوط به پذیرش بیمه‌گر (شرکت بیمه کارآفرین) و شروع تعهد بیمه‌گر پس از وصول کامل قسط اول حق بیمه می‌باشد.

اینجانب (بیمه شده):

اعلام می‌کنم که تمام پاسخ‌هایی که در این پرسشنامه داده‌ام کاملا درست بوده و هرگونه اظهار خلاف واقع و خودداری از آنچه درباره وضع سلامتی خود می‌دانم به موجب ماده ۱۲ قانون بیمه باعث ابطال و سلب مزایای بیمه‌نامه خواهد شد. ضمناً شرکت سهامی بیمه کارآفرین مجاز است هر زمان که لازم بداند به پزشک یا پزشکان معالج اینجانب برای کسب اطلاعات مورد نظر رجوع نموده و هرگونه تحقیقی را در مورد سوابق پزشکی اینجانب به عمل آورد.

● بدین وسیله تایید می‌نمایم که این پیشنهاد را با اطلاع کامل از شرایط و مقررات بیمه‌نامه عمر و سرمایه‌گذاری بیمه کارآفرین تکمیل نموده و تقاضای صدور بیمه‌نامه را داریم.

نام و امضای مسئول تایید	مهر و امضای نماینده کارگزار	امضای بیمه شده	امضای بیمه‌گذار
تاریخ:	تاریخ:	تاریخ:	تاریخ:

در صورتی که در هر زمان و به هر صورت عدم انتساب امضاهای فوق به بیمه شده و یا بیمه‌گذار اثبات گردد، بیمه‌نامه فاقد اعتبار بوده و شرکت تعهدی نسبت به پرداخت غرامت نخواهد داشت.