



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

استفاده کننده در صورت حیات 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.