



پیشنهاد بیمه عمر و سرمایه گذاری
مشترک



بیمه گذار

نام و نام خانوادگی: نام پدر: تاریخ تولد: جنسیت: خانم آقا

کد ملی: شماره شناسنامه: محل صدور: تلفن: کد پستی:

نشانی:

کد نماینده / کارگزار:

بیمه شده اول

نام و نام خانوادگی: شماره شناسنامه: محل صدور: نسبت با بیمه گذار: جنسیت: خانم آقا

تاریخ تولد: / / نام پدر: شغل: کد پستی: وضعیت تاهل: مجرد متاهل

کد ملی: نشانی: تلفن:

بیمه شده دوم

نام و نام خانوادگی: شماره شناسنامه: محل صدور: نسبت با بیمه گذار: جنسیت: خانم آقا

تاریخ تولد: / / نام پدر: شغل: کد پستی: وضعیت تاهل: مجرد متاهل

کد ملی: نشانی: تلفن:

مشخصات بیمه

سرمایه فوت: (به حروف) بیمه شده اول: بیمه شده دوم: مدت بیمه: مبلغ پیش پرداخت: شیوه پرداخت: ضریب تعدیل سالانه حق بیمه: ضریب تعدیل سالانه سرمایه: طرف قرارداد:

پوشش تکمیلی فوت بر اثر حادثه: بیمه شده اول بلی خیر دوم بلی خیر

پوشش تکمیلی معافیت از پرداخت حق بیمه: بیمه شده اول بلی خیر دوم بلی خیر

پوشش تکمیلی بیماریهای تحت پوشش: بیمه شده اول بلی خیر دوم بلی خیر

آیا در حال حاضر بیمه عمر یا حادثه دیگری دارید؟ بیمه شده اول بلی خیر دوم بلی خیر

آیا در حال حاضر پیشنهاد بیمه عمر یا حادثه در جریان صدور دارید؟ بیمه شده اول بلی خیر دوم بلی خیر

سرمایه تکمیلی فوت بر اثر حادثه: چه نوع: نزد کدام شرکت: چه مبلغ: چه نوع: نزد کدام شرکت: چه مبلغ:

بیمه شده	ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره شناسنامه	کد ملی	نام پدر	جنسیت	نسبت با بیمه شده	درصد سهم
بیمه شده اول	۱							
	۲							
	۳							
بیمه شده دوم	۱							
	۲							
	۳							

Coder: 60128-2

استفاده کننده در صورت حیات بیمه شده اول

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

شماره ۲۰۱۳۳۳

۱- قد: بیمه شده اول: سانتیمتر
 وزن: بیمه شده اول: کیلوگرم
 بیمه شده دوم: سانتیمتر
 بیمه شده دوم: کیلوگرم

۲- 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 و یا واگیردار دیگر شده‌اید؟
 بیمه شده اول: بلی خیر
 بیمه شده دوم: بلی خیر

در صورت مثبت بودن هر یک از موارد بالا لطفاً نام بیماری، تاریخ و نام پزشک معالج را مرقوم فرمایید:

بیمه شده اول:

بیمه شده دوم:

۳- آیا تا به حال عمل جراحی انجام داده‌اید؟
 بیمه شده اول: بلی خیر
 بیمه شده دوم: بلی خیر

اگر پاسخ مثبت است لطفاً توضیح دهید:

۴- آیا در حال حاضر به هر دلیل تحت نظر پزشک می‌باشید؟
 بیمه شده اول: بلی خیر
 بیمه شده دوم: بلی خیر

اگر پاسخ مثبت است لطفاً توضیح دهید:

۵- 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؟

بیمه شده اول: بلی خیر
 بیمه شده دوم: بلی خیر

در صورت مثبت بودن پاسخ کدام یک و کدام بیماری:

بیمه شده اول:

بیمه شده دوم:

● 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.

● اینجانبان: بیمه شده اول: بیمه شده دوم:

اعلام می‌کنیم که تمام پاسخ‌هایی که در این پرسشنامه داده‌ایم کاملاً درست بوده و هرگونه اظهار خلاف واقع و خودداری از آنچه درباره وضع سلامتی خود و افراد خانواده خود می‌دانیم 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 اینجانبان برای کسب اطلاعات مورد نظر رجوع نموده و هرگونه تحقیقی را در مورد سوابق پزشکی اینجانبان به عمل آورد.

● بدین وسیله تایید می‌نماییم که این پیشنهاد را با اطلاع کامل از شرایط و مقررات بیمه‌نامه عمر و سرمایه‌گذاری بیمه کار آفرین تکمیل نموده و ضمن اعلام رضایت خود تقاضای صدور بیمه‌نامه با مشخصات مندرج در فرم را داریم.

نام و امضای مسئول تایید	مهر و امضای نماینده/کارگزار	امضای بیمه‌شدگان		امضای بیمه‌گذار
		اول	دوم	
تاریخ	تاریخ	تاریخ	تاریخ	تاریخ