



پیشنهاد بیمه عمر و سرمایه گذاری (جام زندگی)



متقاضی گرامی، خواهشمند است پاسخ کلیه سوالات احتمالی خود را از همکاران این شرکت دریافت و متعاقب آن تصمیم گیری و امضاء نمایید. بدیهی است در صورت صدور بیمه نامه شرط اصلی اعتبار آن صحت اظهارات مندرج در این پیشنهاد بوده و به آن استناد خواهد شد. ضمناً تکمیل این پیشنهاد هیچ تعهدی را برای بیمه گر ایجاد نمی نماید. توجه: (جهت رعایت حقوق متقاضی ویا استفاده کنندگان بیمه نامه، این فرم بدون هرگونه خط خوردگی و لاک گرفتگی پذیرفته میشود)

کد رایانه: شعبه: نام و کد معرف: نام و کد سرپرست فروش: تاریخ تکمیل فرم پیشنهاد:

نام، نام خانوادگی / نام شرکت:
تاریخ تولد: / / جنسیت: مرد زن تاهل: بله خیر شماره ملی (حقیقی) / شماره ثبت (حقوقی):
شماره شناسنامه: محل صدور: نام پدر: شغل: شغل دوم:
تلفن ثابت (با ذکر کد شهر): تلفن همراه (جهت دریافت پیامک): کد پستی (الزامی):
آدرس/ قانونی محل سکونت (الزامی): استان: شهر:
آدرس محل کار: استان: شهر:

مشخصات بیمه گذار
(حداقل ۱۸ سال)

نسبت بیمه شونده با متقاضی: خودم بله سایر: (توجه: در صورت مثبت بودن پاسخ نیاز به تکمیل این قسمت نمی باشد)
نام، نام خانوادگی:
تاریخ تولد: / / جنسیت: مرد زن تاهل: بله خیر شماره ملی: شماره شناسنامه:
محل صدور: نام پدر: شغل: شغل دوم: (توجه: لطفاً از عناوین عام شغلی نظیر آزاد، کارگر، کارمند، عنوان رشته تحصیلی استفاده نفرمائید) تلفن ثابت با ذکر کد شهر: تلفن همراه (جهت دریافت پیامک): کد پستی (الزامی):
آدرس/ قانونی محل سکونت (الزامی): استان: شهر:
آدرس محل کار: استان: شهر:

مشخصات بیمه شونده

۱- حق بیمه: سالانه یکجا ریال
۲- تعداد اقساط در سال: ۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶ ۷ ۸ ۹ ۱۰ ۱۲ (قرارداد جمعی) یک قسط ۲ قسط ۳ قسط ۴ قسط ۵ قسط ۶ قسط ۷ قسط ۸ قسط ۹ قسط ۱۰ قسط ۱۲ قسط
۳- ضریب افزایش سالانه حق بیمه: ۲۰٪ ۱۵٪ ۱۰٪ ۵٪ صفر
۴- سرمایه فوت (در صورت فوت بیمه شده): (سقف ۲۰,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال) ریال
۵- ضریب افزایش سالانه سرمایه: صفر ۵٪ ۱۰٪ ۱۵٪ ۲۰٪

مشخصات بیمه نامه مورد درخواست

۷- پوشش تکمیلی فوت بیمه شده در اثر حادثه: بلی (یک برابر دو برابر سه برابر چهار برابر پنج برابر سرمایه فوت تا سقف ۲۰,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال خیر
۷.۱- پوشش نقص عضو یا از کارافتادگی دائم ناشی از حادثه: بلی (یک برابر دو برابر سرمایه فوت تا سقف ۲۰,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال خیر
۷.۲- پوشش هزینه پزشکی ناشی از حادثه: بلی (۱۰ درصد ۲۰ درصد ۳۰ درصد ۴۰ درصد سرمایه فوت تا سقف ۲۰,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال خیر
* سن پوشش (۴ تا ۷۵ سالگی)
توجه: خطرات ذیل از استثنائات پوشش تکمیلی حادثه می باشد که در صورت پرداخت حق بیمه اضافی و موافقت بیمه گر قابل ارائه می باشد.
زلزله هدایات موتورسیکلت ورزش های حرفه ای رشته ورزشی: مدت تمرین: در هفته

مشخصات بیمه نامه مورد درخواست

۸- پوشش معافیت از پرداخت حق بیمه بعثت از کارافتادگی کلی و دائم ناشی از بیماری یا حادثه: بلی خیر
۸.۱- پوشش دریافت مستمري بیکاری در صورت از کارافتادگی کامل و دائم ناشی از بیماری یا حادثه: بلی: (یک برابر دو برابر سه برابر آخرین حق بیمه سالانه خیر
* سن پوشش (۱۸ تا ۶۰ سالگی)

۹- پوشش بیماریهای خاص: بلی خیر
۹.۱- پوشش بیماری های خاص تکمیلی: بلی خیر
* ۵۰٪ سرمایه فوت تا سقف ۵,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال
* سن پوشش (یک تا ۶۰ سالگی)

اولویت	درصد سهم	نسبت با بیمه شده	شماره ملی	تاریخ تولد	نام پدر	نام، نام خانوادگی استفاده کنندگان
				/ /		۱
				/ /		۲
				/ /		۳
				/ /		۴

در صورت حیات: بیمه گذار: بیمه شده:

در صورت فوت استفاده کنندگان

در صورت فوت بیمه گذار، آقا/ خانم: با کد ملی: بعنوان بیمه گذار معرفی می گردد. حداقل امکان جهت رعایت حقوق ذینفع / ذینفعان اصلی از درج وراث قانونی خودداری فرمایید.

۱- آیا در حال حاضر بیمه عمر و حادثه صادر شده و یا در جریان صدور دارید؟ در صورت مثبت بودن جدول زیر را تکمیل نمایید.
۲- آیا پیشنهاد بیمه عمر به شرکت بیمه ای داده اید که مورد موافقت قرار نگرفته باشد؟ در صورت مثبت بودن جدول زیر را تکمیل نمایید.

نام شرکت بیمه	شماره بیمه نامه / پیشنهاد	سرمایه فوت - ریال	توضیحات / علت عدم صدور

سوابق بیمه ای

تذکر: طبق مصوبات بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران 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.

نام خانوادگی بیمه شونده :	شماره ملی :
۱ وزن بیمه شونده : کیلو گرم	۱ قد بیمه شونده : سانتی متر
۲ آیا مشمول معافیت پزشکی در خدمت نظام وظیفه شده اید؟ خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> علت را توضیح دهید :	
۳ به هیچ بیماری مبتلا نیستیم <input type="checkbox"/> در صورت ابتلا به هر یک از این بیماریها با قید علامت مشخص فرمائید: دستگاه تنفسی <input type="checkbox"/> قلب و عروق <input type="checkbox"/> بیماری خونی <input type="checkbox"/> گوش و حلق و بینی <input type="checkbox"/> اعصاب و روان <input type="checkbox"/> داخلی <input type="checkbox"/> گوارش <input type="checkbox"/> کلیه و مجاری ادرار <input type="checkbox"/> چشم <input type="checkbox"/> بیماری پوستی <input type="checkbox"/> استخوانی <input type="checkbox"/> غدد داخلی <input type="checkbox"/> سابقه بیماری عفونی <input type="checkbox"/> در صورت ابتلا به هر نوع بیماری دیگر به غیر از موارد بالا تاریخ و نام بیماری و داروهای مصرفی را اعلام فرمایید	
۴ آیا از بستگان شما (پدر - مادر - خواهر - برادر - همسر - فرزندان) سابقه بیماریهای فوق الذکر با بیماری های واگیردار داشته اند؟ خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> در صورت مثبت بودن پاسخ، نسبت با بیمه شده و نوع بیماری :	
۵ آیا تا به حال در بیمارستان و یا مراکز درمانی بستری شده اید؟ خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> در صورت مثبت بودن پاسخ، علت را اعلام فرمایید:	
۶ آیا نقص عضو (کلی - جزئی) و یا از کار افتادگی دارید؟ خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> در صورت مثبت بودن پاسخ، نوع نقص عضو و از کار افتادگی و علت آن را اعلام فرمایید:	
۷ آیا تا بحال تحت عمل جراحی قرار گرفته اید ؟ خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> در صورت مثبت بودن تاریخ و نوع عمل جراحی و نتیجه آن را ذکر فرموده و پرونده بستری حسب مورد شرح عمل و گزارش پاتولوژی پیوست گردد.	
۸ آیا در ۶ ماهه گذشته کاهش / افزایش وزن شدید داشته اید ؟ خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> در صورت مثبت بودن پاسخ میزان و علت کاهش / افزایش را ذکر فرمائید :	
۹ آیا از بستگان شما (پدر - مادر - خواهر - برادر - همسر - فرزندان) زیر ۶۵ سال بعلت بیماری فوت شده اند ؟ خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> در صورت مثبت بودن پاسخ ، علت فوت و سن فوت قید گردد	
۱۰ آیا سیگار / پپ / قلیان سایر مواد دخانی مصرف میکنید ؟ خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> در صورت مثبت بودن نوع و میزان مصرف قید گردد	
۱۱ آیا از هریک از انواع مواد مخدر مصرف دارید؟ خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> در صورت مثبت بودن نوع و میزان مصرف قید گردد	
۱۲ (در صورتی که بیمه شده خانم باشد) آیا باردار هستید؟ خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> در صورت مثبت بودن ماه چندم بارداری می باشید:	
۱۳ لطفاً نام بیمه گر پایه را اعلام فرمایید :	

قبل از امضاء نکات ذیل را حتماً مطالعه فرمائید :

تذکر ۱: هرگاه معلوم گردد که فرم پیشنهاد توسط بیمه گذار و بیمه شده یا ولی / قیم وی امضاء نشده است ، بیمه نامه باطل است .

تذکر ۲: متقاضی محترم جهت حفظ حقوق شما، مقرر است حق بیمه این بیمه نامه فقط به حساب بانکی ۰۰۰۴۷ ۵۴۰۰۰ بیمه «ما» نزد بانک ملت با کد شناسه تعریف شده واریز گردد.

تذکر ۳: در صورت عدم دریافت پیامک تایید پرداخت ظرف ۴۸ ساعت، مراتب را سریعاً از طریق شعب شرکت بیمه «ما» پیگیری فرمائید.

تذکر ۴: مشتری گرامی در صورت پذیرش درخواست شما و تخصیص کد رهگیری بانکی و واریز اولین قسط حق بیمه به حساب شرکت بیمه ما ، از ساعت ۲۴ روز واریز ، بیمه نامه شما به استناد فیش نقدی واریزی معتبر بوده و شما به خانواده بزرگ بیمه گذاران عمر بیمه ما خواهید پیوست.

اینجانب / 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 و یا فسخ قرارداد شده و ضمن اطلاع کامل از حدود تعهدات خود و بیمه گر و نیز ارزش بازخرید بیمه نامه ، تقاضای صدور آن را داریم.

نام ، نام خانوادگی بیمه گذار : نام ، نام خانوادگی بیمه شونده :

تاریخ ، امضاء : تاریخ ، امضاء :

اینجانب / اینجانبان شخصاً متقاضی بیمه نامه و همچنین بیمه شونده را ملاقات نموده ضمن احراز هویت و ارائه اطلاعات کافی و دقیق در باره شرایط بیمه نامه و میزان تعهدات و ارزش بازخرید آن ، صحت امضاء متقاضی بیمه نامه و همچنین بیمه شونده را تایید و تعهد مینمایم در طی مدت بیمه نامه کلیه خدمات مورد نیاز را ارائه نموده و اطلاع دارم که هرگونه حقوق اینجانب در این بیمه نامه منوط به رضایت مشتری می باشد .

نام ، نام خانوادگی معرف : نام ، نام خانوادگی سرپرست فروش :

تاریخ ، امضاء : تاریخ ، امضاء ، مهر :

این قسمت توسط اداره / واحد صدور تکمیل میگردد

نظر پزشک معتمد :

نام ، امضاء ، مهر پزشک معتمد و تاریخ

با توجه به اطلاعات پرسشنامه ، صدور بیمه نامه با لحاظ اضافه نرخ ناشی از : ۱- قد و وزن: ۲- استفاده از سیگار: ۳- سوابق خانوادگی بنده :

۴- سوابق پزشکی : و با مجموع کل اضافه نرخ: بلامانع است / منع مقرراتی دارد: توضیح کارشناس :

نام ، امضاء ، مهر مسئول صدور شعبه و تاریخ