



بیمه ما
ma insurance

فرم درخواست بیمه نامه عمر مانده بدهکار انفرادی

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 و با استفاده کنندگان بیمه نامه، این فرم بدون هرگونه خط خوردگی و لاک گرفتگی پذیرفته میشود)

کد رایانه: شعبه: نام و کد معرف: تاریخ تکمیل:

نام و نام خانوادگی: تاریخ تولد: / / جنسیت: مرد زن وضعیت تاهل: مجرد متأهل شماره شناسنامه:
شماره ملی: محل صدور: نام پدر: شغل (اصلی و فرعی):
آدرس محل کار: استان: شهر:
آدرس محل سکونت (الزامی): استان: شهر: کد پستی (الزامی):
تلفن ثابت (با ذکر کد شهر): تلفن همراه (الزامی):

مشخصات متقاضی / بیمه شده
(گیرنده تسهیلات)

مبلغ اصل تسهیلات (کل تعهدات): ریال گیرنده تسهیلات شماره:
مدت تسهیلات: سال تاریخ اخذ تسهیلات: / / بانک ملت سایر بانک ها شعبه: کد شعبه:

سرمایه بیمه

به موجب این درخواست شرکت بیمه "ما" متعهد می گردد پس از دریافت حق بیمه بصورت یکجا و صدور بیمه نامه مربوطه، چنانچه بیمه گذار (گیرنده تسهیلات) پیش از تسویه کامل این وام فوت نماید، مطابق قوانین و مقررات و آیین های مربوطه نسبت به پرداخت مانده اقساط سررسید نشده اصل وام مطابق با تعهدات مندرج در بیمه نامه از تاریخ فوت به بانک ارائه کننده تسهیلات مطابق این پیشنهاد و بصورت یکجا اقدام نماید.
تبصره: تسویه اقساط معوق و جرایم دیرکرد تحت پوشش این بیمه نامه نخواهد بود. (سایر شرایط پیوست بیمه نامه می باشد)

شرکت تعهدات

توجه ۱: بر اساس ماده ۱۸ قانون بیمه هرگاه معلوم شود خطری که برای آن بیمه به عمل آمده قبل از عقد قرارداد واقع شده است، قرارداد بیمه باطل و بی اثر خواهد بود.
توجه ۲: چنانچه اظهارات خلاف واقع و یا کتمان حقایق از طرف بیمه گذار (گیرنده تسهیلات) عمدی باشد، بیمه نامه باطل و حق بیمه پرداخت شده قابل استرداد نخواهد بود.

بیمه گذار تعهدات

وزن بیمه شونده: کیلو گرم قد بیمه شونده: سانتی متر
آیا تا بحال تحت عمل جراحی قرار گرفته اید؟ خیر بلی در صورت مثبت بودن نوع عمل و نتیجه آن را ذکر فرموده و پرونده بستری حسب مورد شرح عمل و گزارش پاتولوژی پیوست گردد.
به هیچ بیماری مبتلا نیستیم
در صورت ابتلا به هر یک از این بیماریها با قید علامت مشخص فرمائید: دستگاه تنفسی قلب و عروق بیماری خونی گوش و حلق و بینی اعصاب و روان داخلی کلیه و مجاری ادرار چشم بیماری پوستی استخوانی غدد داخلی سابقه بیماری عفونی در صورت ابتلا به هر نوع بیماری دیگر به غیر از موارد بالا تاریخ و نام بیماری و داروهای مصرفی را اعلام فرمایید.....
آیا سیگار / سایر مواد دخانی مصرف میکنید؟ خیر بلی در صورت مثبت بودن پاسخ توضیح دهید:
در صورت استفاده از معافیت پزشکی در خدمت نظام وظیفه علت آن را توضیح دهید؟

سوالات پزشکی مربوط به گیرنده تسهیلات

۱- آیا در حال حاضر بیمه عمر واحد صادر شده و یا در جریان صدور دارید؟ در صورت مثبت بودن جدول زیر را تکمیل نمایید. بلی خیر
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. بلی خیر

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

سوالات بیمه ای

تذکره: 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

اینجانب به عنوان بیمه گذار (گیرنده تسهیلات) ضمن اطلاع از شرایط تعهدات خود نسبت به این بیمه نامه و شرکت بیمه، تقاضای صدور بیمه نامه عمر مانده بدهکار انفرادی جهت پوشش تسهیلات به نفع بانک ملت سایر بانک ها نزد شرکت بیمه "ما" را دارد.
نام و نام خانوادگی بیمه گذار (گیرنده تسهیلات): تاریخ و امضاء:

گیرنده تسهیلات بیمه گذار

اینجانب شخصا بیمه گذار (گیرنده تسهیلات) را ملاقات نموده، ضمن احراز هویت و ارائه اطلاعات دقیق و کافی درباره شرایط بیمه نامه و میزان تعهدات، صحت امضای بیمه گذار (گیرنده تسهیلات) را تأیید می نماید.
نام و نام خانوادگی معرف: تاریخ، امضاء، مهر:

معرف / کارشناس

توجه: مشتری گرامی در صورت پذیرش درخواست شما و تخصیص کد رهگیری بانکی و واریز حق بیمه بحساب 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.

امضاء نام رئیس شعبه / واحد صدور