

متقاضی گرامی، خواهشمند است پاسخ کلیه سئوالات 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 بیمه‌گر ایجاد نمی‌نماید.
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 (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

مبلغ تسهیلات: ریال (تا سقف ۲,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال) مبلغ اندوخته اولیه: سرمایه فوت: ریال (تا سقف ۲۰,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال)

نوع پوشش	طرح ۱ <input type="checkbox"/>	طرح ۲ <input type="checkbox"/>	طرح ۳ <input type="checkbox"/>	طرح ۴ <input type="checkbox"/>	طرح ۵ <input type="checkbox"/>
سرمایه فوت	۲ برابر وام	۴ برابر وام	۸ برابر وام	۱۰ برابر وام	۲۰ برابر وام
پوشش فوت بیمه شده در اثر حادثه	۱۰ برابر وام	۲۰ برابر وام	۴۰ برابر وام	۵۰ برابر وام	۱۰۰ برابر وام
پوشش نقص عضو یا از کارافتادگی دائم ناشی از حادثه	۴ برابر وام	۸ برابر وام	۱۶ برابر وام	۲۰ برابر وام	۴۰ برابر وام
پوشش هزینه پزشکی ناشی از حادثه	۸۰٪ وام	۱۶۰٪ وام	۳۲۰٪ وام	۴۰۰٪ وام	۸۰۰٪ وام
پوشش بیماریهای خاص	۱ برابر وام	۲ برابر وام	۴ برابر وام	۵ برابر وام	۱۰ برابر وام
پوشش بیماریهای خاص تکمیلی	۱ برابر وام	۲ برابر وام	۴ برابر وام	۵ برابر وام	۱۰ برابر وام
پوشش معافیت ناشی از «از کارافتادگی به هر علت»	بلی				
پوشش مستمری ناشی از معافیت	سه برابر آخرین حق بیمه سالانه				

مشخصات بیمه نامه مورد درخواست

توجه:
 تعدیل در ارائه پوشش ها با توجه به شرایط سن و سرمایه بیمه شده صورت می گیرد.
 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 هدایت موتورسیکلت ورزش های حرفه ای رشته ورزشی مدت تمرین در هفته

نام، نام خانوادگی استفاده کنندگان	نام پدر	تاریخ تولد	شماره ملی	نسبت با بیمه شده	درصد سهم	اولویت
۱		/ /				
۲		/ /				
۳		/ /				
۴		/ /				
در صورت حیات <input type="checkbox"/> بیمه گذار: <input type="checkbox"/> بیمه شده: <input type="checkbox"/>						

استفاده کنندگان

در صورت یکسان نبودن بیمه گذار و بیمه شده تکمیل گردد:
 در صورت فوت بیمه گذار، آقا/ خانم با کد ملی نسبت با بیمه شده بعنوان بیمه گذار (جانشین) معرفی می گردد.
 حداکثر امکان جهت رعایت حقوق ذینفع / ذینفعان اصلی از درج وراث قانونی خودداری فرمایید.

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

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.

۱	وزن بیمه شونده : کیلو گرم 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 نیستم <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 یا 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 هر یک 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: با توجه به وصول اقساط وام توسط بیمه گر از محل اندوخته ریاضی بیمه نامه ؛ بیمه گذار (وام گیرنده) موظف می باشد در سررسید قسط ، اقساط را به حساب شرکت بیمه «ما» به شماره ۵۴۰۰۰۰۰۴۷ نزد بانک ملت با شناسه واریز یکتای بیمه نامه (پیامک شده از سوی شرکت به بیمه گذار) واریز نمایند.
تذکر ۳: در صورت عدم واریز اولین قسط - تسهیلات در سررسید پس از گذشت پانزده روز (مهلت پرداخت) ، بیمه نامه از تاریخ شروع ابطال و از درجه اعتبار ساقط می گردد .

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 :

متقاضی و بیمه شونده

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 :

معرف / سرپرست فروش

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: بلا مانع است / منع مقرراتی دارد: توضیح کارشناس :

نام ، امضاء ، مهر مسئول صدور شعبه و تاریخ

نظریه نهایی
مسئول صدور