



مقتضای محترم: با توجه به اینکه صدور بیمه نامه و ایفای تعهدات بیمه نامه بر اساس مندرجات این پرسشنامه می باشد، خواهشمند است به پرسشهای این فرم با کمال دقت و صداقت پاسخ دهید. تکمیل و امضاء فرم پیشنهاد هیچگونه تعهداتی را برای بیمه گرایجاد نمی نماید و از زمان قبول بیمه گرو پرداخت حق بیمه طبق شرایط بیمه نامه، تعهدات بیمه نامه شروع می شود.

نام و کد نمایندگی/کارگزار:	نام و کد سرپرست فروش:	نام و کد نماینده فروشنده عمر:	نام و کد شعبه:
----------------------------	-----------------------	-------------------------------	----------------

این قسمت توسط بیمه گزار تکمیل گردد: LI-FR-0-12

حقیقی

نام: نام خانوادگی: نام پدر: شماره شناسنامه: محل صدور: کد ملی:

تاریخ تولد: / / شغل: نسبت با بیمه شده: میزان درآمد ماهیانه:

جنسیت: زن ☐ مرد ☐ وضعیت تاهل: مجرد ☐ متاهل ☐ آدرس الکترونیک:

نشانی محل سکونت: کد پستی: تلفن همراه: تلفن ثابت:

نشانی محل کار: کد پستی: تلفن:

حقوقی

نام موسسه: کد اقتصادی: شناسه ملی موسسه: موضوع فعالیت:

نشانی: تلفن: کد پستی: دوزنگار:

این قسمت توسط بیمه شده تکمیل گردد:

نام: نام خانوادگی: شماره شناسنامه: محل صدور: کد ملی: نام پدر:

تاریخ تولد: / / جنسیت: زن ☐ مرد ☐ وضعیت تاهل: مجرد ☐ متاهل ☐ عنوان کامل شغل اصلی:

سابقه فعالیت حرفه ای در شغل مورد نظر: گواهینامه مرتبط با شغل: دارم ☐ ندارم ☐ شغل فرعی:

آخرین مدرک تحصیلی: نشانی محل سکونت: کد پستی:

تلفن همراه: تلفن: نشانی محل کار:

کد پستی: تلفن: آدرس الکترونیک:

بیمه شده گرامی: آیا تاکنون پیشنهاد بیمه عمر داشته اید که مورد قبول واقع نشده باشد؟ بله ☐ خیر ☐ علت:

آیا در حال حاضر پیشنهاد بیمه عمر یا حادثه در جریان صدور یا بیمه نامه صادر شده دارید؟ بله ☐ خیر ☐

در صورت مثبت بودن پاسخ: نوع بیمه نامه: نام شرکت: سرمایه بیمه: تاریخ صدور بیمه نامه: / /

چنانچه در طول مدت اعتبار بیمه نامه و یا پس از خاتمه آن مشخص شود که بیمه شده بیمه نامه های عمرو حوادث انفرادی خود نزد هریک از شرکت های بیمه را در پیشنهاد اعلام نداشته است، شرکت بیمه می تواند هنگام پرداخت خسارت مطابق مقررات اقدام نماید.

مبلغ حق بیمه سالانه: ریال

سپرده اولیه: ریال

نحوه پرداخت حق بیمه: یکجا ☐ سالانه ☐ شش ماهه ☐ چهار ماهه ☐ سه ماهه ☐ دو ماهه ☐ ماهانه ☐

ضریب تعدیل سالانه حق بیمه: %

ضریب تعدیل سالانه سرمایه: %

پوشش تکمیلی برای بیمه زندگی و سرمایه گذاری:

۱. فوت بر اثر حادثه: بله ☐ خیر ☐ سرمایه تکمیلی فوت بر اثر حادثه: ۱ ☐ ۲ ☐ ۳ ☐ برابر سرمایه فوت عادی

۲. نقص عضو جزئی و کلی دائم بیمه شده ناشی از حادثه: بله ☐ خیر ☐ ۵۰% ☐ ۱۰۰% سرمایه فوت عادی

۳. پوشش هزینه پزشکی بیمه شده ناشی از حادثه: بله ☐ خیر ☐ ۵% ☐ ۱۰% ☐ ۱۵% ☐ ۲۰% سرمایه فوت عادی

۴. غرامت بستری روزانه در بیمارستان در اثر حادثه (بیمه شدگان ۱۸ تا ۷۵ سال): بله ☐ خیر ☐

۵. پوشش امراض: *بیماری های خاص پایه: بله ☐ خیر ☐ سرمایه ریال یا *پلاس هزینه ای: بله ☐ خیر ☐ سرمایه ریال

*پلاس سرمایه ای: بله ☐ خیر ☐ سرمایه ریال انتخاب گروه بیماری تحت پوشش: گروه اول ☐ گروه دوم ☐ گروه سوم ☐ هر سه گروه ☐

(از پوششهای ردیف ۵ یک مورد انتخاب شود)

۶. معافیت از پرداخت حق بیمه عمر در صورت ازکارافتادگی کامل و دائم بیمه شده به هر علت (برای بیمه شدگان بالای ۱۸ سال): بله ☐ خیر ☐

۷. معافیت از پرداخت حق بیمه عمر در صورت فوت و ازکارافتادگی کامل و دائم بیمه گزار به هر علت (برای بیمه شدگان کمتر از ۱۸ سال): بله ☐ خیر ☐

۸. پوشش پرداخت مستمری به بیمه شده در صورت ازکارافتادگی کامل و دائم بیمه شده به هر علت: بله ☐ خیر ☐

مبلغ مستمری ۱ ☐ ۲ ☐ ۳ ☐ برابر حق بیمه اولیه (امکان انتخاب در صورت اعمال پوشش شماره ۶)

کسر شدن حق بیمه پوششهای اضافی از حق بیمه سالانه: بله ☐ خیر ☐

نحوه دریافت اندوخته: یکجا ☐ مستمری مادام العمر (با امکان بازخرید در مدت مستمری) ☐

در صورت انتخاب نحوه دریافت مستمری موارد زیر تکمیل گردد:

ضریب تعدیل مستمری: ۵% ☐ ۱۰% ☐ مدت تضمین: ۳۰ سال ☐

پوشش فوت به هر علت بیمه شده در زمان مستمری: بله ☐ خیر ☐

محاسبه حق بیمه فوت: یکجا ☐ سالانه ☐

اگر از بستگان شما (صرفاً پدر، مادر، برادر، خواهر) دچار بیماری هستند با ذکر نسبت و سن ایشان نام ببرید:

بیمه شده:

بیمه گزار:

اگر از بستگان شما (صرفاً پدر، مادر، برادر، خواهر) کسی فوت کرده است، لطفاً سن فوت، علت فوت و نسبت را بیان فرمایید:

بیمه شده:

بیمه گزار:

<p>توسط فروشنده بیمه تکمیل گردد</p>	<p>آیا پیشنهاد دهنده را شخصاً می شناسید؟ از چه مدتی؟</p> <p>آیا ملاحظات خاصی از سلامت فعلی یا گذشته بیمه شده دارید؟</p> <p>آیا صحت مشخصات بیمه شده و بیمه گزار مورد تایید شما می باشد؟</p> <p>آیا بیمه شده را در زمان درخواست بیمه نامه مشاهده کرده اید؟</p> <p>آیا از لحاظ ظاهری سالم می باشند؟</p>	<p>بله ☐ خیر ☐</p> <p>بله ☐ خیر ☐</p> <p>بله ☐ خیر ☐</p> <p>بله ☐ خیر ☐</p> <p>بله ☐ خیر ☐</p>	<p>نام، امضاء، مهر و کد نمایندگی/کارگزار</p> <p>تاریخ دریافت پیشنهاد:</p>
	<p>تاریخ: / /</p>	<p>/ /</p>	<p>/ /</p>