



مقتاضی محترم: با توجه به اینکه صدور بیمه نامه و ایفای تعهدات بیمه نامه بر اساس مندرجات این پرسشنامه است، خواهشمند است به پرسش های این فرم با کمال دقت و صداقت پاسخ دهید. تکمیل و امضاء فرم پیشنهاد هیچگونه تعهداتی را برای بیمه گر ایجاد نمی کند و از زمان قبول بیمه گر و پرداخت حق بیمه طبق شرایط بیمه نامه، تعهدات بیمه نامه شروع می شود.

نام و کد نمایندده فروش عمر:
نام و کد شعبه:

نام و کد نمایندده/کارگزار:
نام و کد سرپرست فروش:

این قسمت توسط بیمه گزار تکمیل شود:

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: تلفن: کد پستی: دورنگار: نشانی:

این قسمت توسط بیمه شده تکمیل شود:

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 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: / /

مبلغ حق بیمه سالانه/یکجا: ریال سرمایه فوت: به عدد ریال سپرده اولیه: ریال مدت بیمه: سال ضریب تعدیل سالانه حق بیمه: ضریب تعدیل سالانه سرمایه فوت: نحوه پرداخت حق بیمه: یکجا / سالانه / شش ماهه / چهار ماهه / سه ماهه / دو ماهه / ماهانه

پوشش تکمیلی:

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 سرمایه فوت عادی: ۵۰٪ / ۱۰۰٪

۳. هزینه پزشکی بیمه شده ناشی از حادثه: بله / خیر سرمایه فوت عادی: ۵٪ / ۱۰٪ / ۱۵٪ / ۲۰٪

۴. غرامت روزانه بستری بیمه شده در بیمارستان ناشی از حادثه: بله / خیر مبلغ: ریال

۵. 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)

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

نوع صندوق بررسی انتخابی: صندوق های طلا