بسمه تعالی

تاریخ : / / نام و کد نماینده : نام و کدملی یا کد نماینده فروش :	**پرسش نامه و پیشنهاد بیمه نامه** **عمر و تامین آتیه - مستمری** (همراه با پوشش های تکمیلی)	شماره پیش نویس : شماره بیمه نامه : بیمه پاسارگاد

پیشنهاد دهنده محترم :

به کلیه پرسش های این پیشنهاد بدون خط خوردگی پاسخ داده و هیچ سوالی را بدون پاسخ نگذارید زیرا صحت و کامل بودن آنها شرط اصلی اعتبار بیمه نامه عمر و تأمین آتیه (مستمری) است که براساس این پیشنهاد صادر می شود.

۱- مشخصات بیمه گذار (حداقل سن بیمه گذار حقیقی ۱۸ سال تمام) :

حقوقی ا نام : شماره ثبت : کد اقتصادی / شناسه ملی :

حقیقی ا نام : ..... نام خانوادگی : ..... نام پدر : ..... کد ملی :

تاریخ تولد : روز ماه سال محل تولد : ..... شماره شناسنامه : ..... محل صدور : ..... تحصیلات : .....

جنسیت : مرد ☐ زن ☐ ، وضعیت تأهل : مجرد ☐ متأهل ☐ نسبت با بیمه شده : ..... ، تعداد فرزندان : پسر ..... دختر .....

شغل اصلی و فرعی (لطفاً از عناوینی نظیر آزاد،کارگر،کارمندو نیز عنوان رشته تحصیلی خودداری نمایید):.....درآمدماهانه:..... ریال

نشانی محل سکونت : ..... کد پستی :

نشانی محل کار : ..... نشانی الکترونیکی : .....

تلفن ثابت: تلفن همراه:

۲- مشخصات بیمه شده (حداکثر سن بیمه شده برای شروع بیمه نامه ۶۵ سال تمام) :

نام : ..... نام خانوادگی : ..... نام پدر : ..... کد ملی :

تاریخ تولد : روز ماه سال محل تولد : ..... شماره شناسنامه : ..... محل صدور : ..... تحصیلات : .....

جنسیت : مرد ☐ زن ☐ ، وضعیت تاهل : مجرد ☐ متاهل ☐ نسبت با بیمه گذار : ..... ، تعداد فرزندان : پسر ..... دختر .....

شغل اصلی و فرعی (لطفاً از عناوینی نظیر آزاد،کارگر،کارمندو نیز عنوان رشته تحصیلی خودداری نمایید) : ..... درآمد ماهانه : ..... ریال

قد: ..... سانتیمتر وزن : ..... کیلوگرم بابت شغل خود در ارتفاع کار می نمایم ؟ خیر ☐ بلی ☐ بابت شغل خود با برق فشار قوی کار می نمایم ؟خیر ☐ بلی ☐

نشانی محل سکونت : ..... کد پستی :

نشانی محل کار : ..... نشانی الکترونیکی : .....

تلفن ثابت: تلفن همراه :

۳- میزان حق بیمه و پوشش های اصلی و تکمیلی مورد درخواست بیمه گذار در دوره اول بیمه نامه (تشکیل سرمایه) :

میزان آورده اولیه : ..... ریال توان مالی پرداخت ماهانه در سال اول : ..... ریال مدت بیمه نامه در دوره تشکیل سرمایه : ..... سال

مقصدسرمایه گذاری اندوخته به انتخاب : بیمه پاسارگاد ☐ بیمه گذار ☐ (لطفاً فرم انتخاب سرمایه گذاری تکمیل شود.)

نحوه پرداخت اقساط حق بیمه: سالانه ☐ شش ماهه ☐ سه ماهه ☐ ماهانه ☐ ،به مبلغ :.....ریال ،مجموع مبلغ قسط اول و آورده اولیه ..... ریال

ضریب افزایش سالانه حق بیمه : ثابت ☐ ٪۳ ☐ ٪۵ ☐ ٪۷ ☐ ٪۱۰ ☐ ٪۱۵ ☐ ٪۲۰ ☐ ٪۲۵ ☐ ٪۳۰ ☐ ٪۴۰ ☐ ٪۵۰ ☐

ضریب تعیین سرمایه بیمه عمر : ۱۲۰ ☐ ۱۵۰ ☐ ۱۸۰ ☐ ۲۱۰ ☐ ۲۴۰ ☐ ۲۷۰ ☐ ۳۰۰ ☐ ۳۳۰ ☐ ۳۶۰ ☐ برابرحق بیمه ماهانه

ضریب افزایش سالانه سرمایه بیمه عمر : ثابت ☐ ٪۳ ☐ ٪۵ ☐ ٪۷ ☐ ٪۱۰ ☐ ٪۱۵ ☐ ٪۲۰ ☐ ٪۲۵ ☐ سرمایه بیمه عمر (فوت به هر علت) : ☐ ریال

پوشش های تکمیلی در دوره اول بیمه نامه (تشکیل سرمایه) :

از کارافتادگی کامل و دائم	معافیت از پرداخت حق بیمه به میزان : ٪۵۰ ☐ ٪۱۰۰ ☐ حق بیمه پرداخت سرمایه به میزان : ٪۱۰ ☐ ٪۲۵ ☐ ٪۴۰ ☐ سرمایه بیمه عمر ، حداکثر تا مبلغ یک میلیارد ریال	
حادثه	فـــوت : ۱ ☐ ۲ ☐ ۳ ☐ برابر سرمایه بیمه عمر نقص عضو و از کارافتادگی : ۱ ☐ ۲ ☐ ۳ ☐ برابر سرمایه بیمه عمر هزینه پزشکی : ٪۵ ☐ ٪۱۰ ☐ سرمایه فوت بیمه حادثه	خطرات اضافی پوشش بیمه حادثه زلزله و آتشفشان ☐ اعتصاب،شورش،بلوا ☐
بیماری های خاص	سرمایه بیماری های خاص به معادل : ٪۵ ☐ ٪۱۰ ☐ ٪۱۵ ☐ ٪۲۰ ☐ ٪۳۰ ☐ سرمایه بیمه عمر ، حداکثر تا مبلغ یک میلیارد ریال	
بیمه آتش سوزی منزل مسکونی	سرمایه بیمه آتش سوزی منزل مسکونی معادل : ۵۰۰ ☐ ۷۵۰ ☐ ۱۰۰۰ ☐ ۱۵۰۰ ☐ برابر حق بیمه ماهانه. نشانی محل مورد بیمه :(لطفاً آدرس منزل مسکونی مورد نظر را با ذکر شماره پلاک ، شماره واحد و کدپستی قیدفرمائید.در صورت نداشتن شماره پلاک ،درج شناسه قبض آب یا برق الزامی است)	خطرات اضافی بیمه آتش سوزی (زلزله و آتشفشان) بلی ☐ خیر ☐ ضریب افزایش سالانه سرمایه بیمه آتش سوزی ٪۵ ☐ ٪۱۰ ☐

۴- پرسش های مربوط به دوره دوم بیمه نامه (پرداخت مستمری):

اینجانب بیمه گذار بیمه نامه با مشخصات فوق درخواست خود را برای برقراری مستمری ماهانه به مدت ..... سال (حداکثر تا سن ۸۰ سالگی بیمه شده) با شرایط ذیل اعلام می نمایم:

سرمایه فوت بیمه شده در دوران پرداخت مستمری : ۱۰ ☐ ۲۰ ☐ ۴۰ ☐ ۶۰ ☐ ۸۰ ☐ ۱۰۰ ☐ درصد سرمایه سال آخر دوره اول بیمه نامه (دوره تشکیل سرمایه)

ضریب افزایش سالانه مستمری : (ثابت) ☐ ٪۵ ☐ ٪۱۰ ☐ ٪۱۵ ☐ ٪۲۰ ☐ نسبت به سال قبل تا پایان دوره دوم بیمه نامه (پرداخت مستمری)

۵- استفاده کننده از سرمایه بیمه در صورت حیات بیمه شده در مدت بیمه نامه (دوره اول تشکیل سرمایه و دوره دوم پرداخت مستمری) :

بیمه گذار ☐ بیمه شده ☐ سایر ☐ : نام و نام خانوادگی: نام پدر: کد ملی: تاریخ تولد: نسبت:

۶- استفاده کننده از سرمایه بیمه در صورت فوت بیمه شده :

وراث قانونی به نسبت سهم الارث ☐ **وراث قانونی به نسبت مساوی** ☐ **سایر(به شرح جدول زیر)** ☐

ردیف	نام	نام خانوادگی (نام مؤسسه)	نام پدر	کد ملی	تاریخ تولد	نسبت با بیمه شده	درصد سهم	اولویت	شماره تماس (تلفن همراه)
۱									
۲									
۳									
۴									
۵									

نام و نام خانوادگی بیمه شده: ..... شماره پیش نویس: ..... شماره بیمه نامه: .....

۶- وضعیت سلامتی بیمه شده (کاملاً محرمانه):

وضعیت نظام وظیفه (مخصوص آقایان) : انجام خدمت ☐ معافیت پزشکی ☐ : ماده ..... بند ..... معافیت غیر پزشکی ☐ سایر ☐ : .....

در صورت معافیت ، علت آن را شرح دهید (به انضمام کپی کارت معافیت) :

.....

آیا رشته (های) ورزشی خاصی انجام می دهید ؟ خیر ☐ بلی ☐ : تفریحی ☐ حرفه ای ☐ نام ببرید :

درحال حاضر بیمه نامه عمر و بیمه نامه حوادث دیگری دارید ؟ خیر ☐ بلی ☐ (در صورت دارا بودن بیش از یک بیمه نامه ، سرمایه ها را مجموعاً اعلام فرمایید)

بیمه عمر	شماره بیمه نامه	سرمایه بیمه	نام شرکت

بیمه حوادث	شماره بیمه نامه	سرمایه بیمه	نام شرکت

لطفاً پاسخ ابتلا یا عدم ابتلا به بیماری های قید شده در جدول ذیل را مشخص فرمائید :

	بیماری	خیر	بله
۱	قلب		
۲	فشار خون		
۳	هر نوع تومور		
۴	مغز		
۵	گوارشی		

	بیماری	خیر	بله
۶	غدد داخلی		
۷	سرطان		
۸	ایدز		
۹	دیابت		
۱۰	گوش و حلق و بینی		

	بیماری	خیر	بله
۱۱	صرع(تشنج)		
۱۲	استخوان		
۱۳	خونی		
۱۴	روحی و عصبی		
۱۵	چشمی		

	بیماری	خیر	بله
۱۶	عفونی		
۱۷	تنفسی		
۱۸	انواع هپاتیت وسل		
۱۹	کلیه و مجاری ادراری		
۲۰	پوستی		

در صورت مثبت بودن پاسخ هر کدام از پرسش های فوق ، نوع و علت بیماری ، زمان شروع آن ، میزان و مدت زمان داروهای مصرف شده و وضعیت فعلی خود را قید نمائید، همچنین در صورت انجام عمل جراحی،زمان و علت آن را بنویسید و مدارک عمل جراحی(درصورت امکان) را ضمیمه نمایید .

.....

در صورتی که به بیماری های دیگری غیر از موارد ذکر شده مبتلا بوده و یا هستید به طور کامل توضیح دهید :

.....

.....

سیگار/مشروبات الکلی و مواد مخدر مصرف داشته یا می نمایید ؟ خیر ☐ بلی ☐ : میزان و مدت زمان مصرف : .....

سوالات مخصوص بانوان

سابقه بیماری های خاص زنانه داشته اید ؟ خیر ☐ بلی ☐ توضیح دهید: .....

باردار هستید ؟ خیر ☐ بلی ☐ (از صدور بیمه نامه برای بانوان باردار تا حداقل یک ماه پس از زایمان معذوریم) سابقه زایمان داشته اید ؟ خیر ☐ بلی ☐

چنانچه اخیراً آزمایش خون انجام داده اید آیادرآزمایش شماموارد‌غیر عادی گزارش شده است؟ خیر ☐ بلی ☐ تاکنون بر اثر حادثه مصدوم شده اید ؟ خیر ☐ بلی ☐

تاکنون مورد عمل جراحی قرار گرفته اید؟ خیر ☐ بلی ☐ آیانقص عضودارید؟ خیر ☐ بلی ☐ آیاسابقه بستری دارید؟ خیر ☐ بلی ☐ آیاسابقه بیماری حصبه داشته اید؟خیر ☐ بلی ☐

(در صورت مثبت بودن پاسخ هر یک از پرسش ها، لطفاً توضیح دهید).....

.....

طی شش ماه گذشته تغییرات وزنی (کاهش یا افزایش) داشته اید ؟ خیر ☐ بلی ☐ از موتورسیکلت جهت تردد استفاده می نمایید ؟ خیر ☐ بلی ☐

در خانواده شما (پدر،مادر،برادر،خواهر،همسر و فرزندان)فردی به بیماری های سل،سرطان،قلبی،غدد داخلی،خونی،مرض قند،روحی و عصبی و صرع مبتلابوده و یا می باشد؟

لطفا نام برده و توضیح دهید :

.....

اینجانبان (بیمه گذار و بیمه شده) امضاءکنندگان این پیشنهاد اعلام می داریم که تمام پاسخ هائی که داده ایم کاملاً درست و عین واقع بوده و هیچ اطلاعی را که ممکن است موجب اشتباه بیمه پاسارگاد شود کتمان نکرده ایم و مطلعیم که هرگونه اظهار خلاف و خودداری از واقع گویی ، مجوز قانونی ابطال بیمه نامه عمر موضوع این پیشنهاد و از دست دادن مزایای آن خواهد شد.ضمناً شرکت بیمه پاسارگاد و پزشک معتمد آن شرکت مجازند هرگونه اطلاعی را که راجع به وضع مزاجی و سلامت بیمه شده نیاز باشد ، کسب نمایند و این اطلاعات فقط جهت پذیرفتن یا تغییر نرخ بیمه مورد استفاده قرار می گیرد و در اختیار هیچ فرد حقیقی و یا حقوقی گذاشته نخواهد شد .

تاریخ...../...../..... نام و امضاء بیمه گذار : تاریخ...../...../..... نام و امضاء بیمه شده :

امضاءکنندگان ذیل ضمن تأیید هویت بیمه شده و بیمه گذار مندرج در این پرسش نامه، سلامتی ظاهری بیمه شده راتأیید و گواهی می نمایند که پرسش نامه توسط بیمه گذار و بیمه شده تکمیل و امضاء شده است.

تاریخ...../...../..... مهر و امضاء نماینده /مدیرارشد/مدیرفروش تاریخ...../...../..... نام و کدملی،کد و امضاء نماینده فروش

۷- اظهارنظر اولیه کارشناس صدور بیمه نامه :

صدور بیمه نامه نیاز به معاینات و آزمایشات پزشکی دارد ؟ بلی ☐ خیر ☐ میزان اضافه نرخ : ☐

علت درخواست آزمایشات پزشکی : سرمایه بیمه نامه ☐ موارد پزشکی ☐ سایر موارد ☐.....

۸-نظر پزشک معتمد شرکت بیمه (درصورت نیاز):

تاریخ،نام، مهر و امضاء پزشک معتمد

۹-نظر نهایی کارشناس صدور بیمه نامه :

صدوربیمه نامه با توجه به مندرجات فرم پیشنهاد و قوانین و مقررات بیمه و بیمه گری بلامانع است ؟ بلی ☐ خیر ☐ تاریخ،نام و امضاء کارشناس صدور

۱۰-نظر مدیریت (در صورت نیاز):

* این پیشنهاد به تنهایی در صورت عدم صدور بیمه نامه هیچ گونه تعهدی برای شرکت بیمه پاسارگاد و بیمه گذار ایجاد نکرده و فاقد هرگونه اعتبار است.
* بیمه نامه عمر و تامین آتیه-مستمری که به اعتبار این فرم پرسش نامه صادر می شود با پرداخت اولین قسط حق بیمه آغاز می شود.