



پیشنهاد بیمه عمر مانده بدهکار انفرادی
(عمر زمانی یا سرمایه نزولی)



بیمه کار آفرین
تلفن: ۰۲۱-۸۸۸۸۸۸۸۸

بیمه گذار

نام و نام خانوادگی بیمه گذار: شغل: میزان در آمد ماهانه: ریال.....
شماره شناسنامه: محل صدور: تاریخ تولد: نام پدر: کد ملی:
نشانی: کد پستی: تلفن:

شرایط بیمه مورد درخواست

سرمایه بیمه (اصل مبلغ وام) به عدد: ریال (به حروف): ریال.....
مدت بیمه (مدت بازپرداخت وام) سال ترتیب پرداخت حق بیمه: یکجا سالانه

بیمه شده

نام و نام خانوادگی بیمه شده کد ملی:
شماره شناسنامه: محل صدور: تاریخ تولد: نام پدر:
مشاغل اصلی و فرعی شما (بیمه شده) چیست؟ مشروحا مرقوم فرمایید:
.....
وضعیت تاهل متاهل مجرد

سوالی که بیمه شده موظف است به آن پاسخ صحیح بدهد

۱- آیا در حال حاضر بیمه عمر یا حوادث در جریان دارید:
 بله خیر
در صورت مثبت بودن پاسخ نزد کدام شرکت بیمه و به چه مبلغ:
شرکت بیمه مبلغ ریال.....
۲- آیا خدمت زیر پرچم را انجام داده اید؟
 بله خیر
در صورت معافیت علت را توضیح دهید:
.....
۳- قد و وزن شما چقدر است؟ قد: سانتی متر وزن: کیلو گرم
۴- آیا در حال حاضر کاملاً سالم می باشید؟
 بله خیر

در صورتی که پاسخ منفی است به چه بیماری و عوارضی مبتلا می باشید؟

.....
.....

۵- آیا قوه بینایی شما طبیعی است؟

بله خیر

در صورتی که از عینک طبی استفاده می کنید شماره آن را مرقوم فرمایید .

.....
.....

۶- آیا تا به حال عمل جراحی انجام داده اید؟

بله خیر

در صورت مثبت بودن پاسخ ،نوع عمل ، تاریخ عمل جراحی و مدت زمان آن را مرقوم فرمایید.

.....
.....

۷- آیا تا به حال سابقه ابتلا به بیماری های قلبی و عروق، عفونی، هورمونی، ریوی، سرگیجه، استخوان،گردش خون، یرقان، مقاربتی و دستگاه تناسلی و یا

هر نوع بیماری داخلی دیگر، سرطان، بیماری های زنانه، سکته، آسم، نقرس، ترومبوز، غش، دیابت، هر نوع ناراحتی عصبی و شوک،عدم تعادل روانی و

یا هر نوع بیماری مزمن دیگر داشته اید؟

بله خیر

در صورت مثبت بودن پاسخ هر یک از موارد بالا لطفا تاریخ و نام پزشک معالج را ذیلا مرقوم فرمایید:

.....
.....

۸- آیا دارای نقص عضو و از کار افتادگی می باشید؟

بله خیر

در صورت مثبت بودن پاسخ ، کدام قسمت از بدن؟ دقیقا ،مشخص فرمایید و در صورت امکان میزان آن را ذکر نمایید.

.....
.....

۹- آیا در بین افراد خانواده شما کسی به سل، بیماری های قلبی، بیماری قند، روحی و عصبی و صرع و یا بیماری های واگیردار مبتلا بوده است؟

بله خیر

در صورت مثبت بودن پاسخ کدامیک از افراد خانواده و کدام بیماری ؟

.....
.....

مشخصات استفاده کنندگان از سرمایه بیمه (حقیقی)

| نام و نام خانوادگی | شماره شناسنامه | کدملی | شماره تلفن همراه | نام پدر | تاریخ تولد | نسبت با بیمه شده | در صد استفاده از سرمایه |
|--------------------|----------------|-------|------------------|---------|------------|------------------|-------------------------|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

مشخصات استفاده کننده (گان) از سرمایه بیمه (حقوقی)

| نام موسسه/بانک | شماره ثبت | شناسه ملی | شعبه | نشانی و شماره تلفن |
|----------------|-----------|-----------|-------|--------------------|
| | | | | |
| | | | | |

این پیشنهاد هیچ گونه تعهدی برای شرکت بیمه ایجاد نکرده و در صورت عدم انعقاد قرار داد هیچ گونه خسارتی قابل مطالبه نخواهد بود.

گواهی اطلاع از شرایط و مقررات بیمه های عمر مانده بکار انفرادی

اینجانب:

بدین وسیله تایید می نمایم که با اطلاع کامل از شرایط و مقررات بیمه نامه فوق الذکر پیشنهاد بیمه عمر را تکمیل نموده و تقضای صدور بیمه نامه را دارم. بیمه گذار و بیمه شده مکلفند به کلیه پرسش های پیشنهاد بیمه عمر با رعایت دقت و صداقت پاسخ دهند. در صورتی که بیمه گذار و بیمه شده در پاسخ به پرسش های بیمه گر عمدا و یا سهوا از اظهار مطلبی خودداری نمایند و یا بر خلاف واقع نسبت به پاسخ به پرسش های پزشکی و مندرجات فرم پیشنهاد مطالبی را اظهار نمایند و با بیمه گذار از طرف بیمه شده آن را امضای نموده باشند و یا هرگونه مطالب کذب در فرم پیشنهاد از سوی بیمه شده و یا بیمه گذار اعلام گردد. بیمه نامه باطل و بلا اثر خواهد بود و در صورت بروز خسارت، شرکت بیمه کارآفرین هیچ گونه تعهدی در قبال پرداخت خسارت نخواهد داشت و طبق قوانین و مقررات با وی رفتار خواهد شد. ضمنا بدین وسیله به شرکت بیمه اجازه می دهم تا هر زمان نیاز به اطلاعات پزشکی در خصوص اینجانب (بیمه شده) را داشته باشد به مرجع مورد نظر مراجعه و اطلاعات مورد نیاز را دریافت نماید.

تاریخ و امضای بیمه گذار:

تاریخ و امضای بیمه شده:

امضای نمایندگی:

