



پیشنهاد بیمه عمر انفرادی
(به شرط فوت)



پیشنهاد دهنده محترم خواهشمند است پس از مطالعه کامل این پیشنهاد به پرسش های زیر به طور صحیح و کامل پاسخ دهید.

بیمه گذار

بیمه شده

این قسمت توسط بیمه شده تکمیل می گردد

نام و نام خانوادگی بیمه گذار: کدملی:
 شماره شناسنامه: محل صدور: تاریخ تولد: نام پدر:
 نشانی: تلفن:

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

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 میباشید؟

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، سکنه، 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 لطفاً تاریخ و نام پزشک معالج را ذیلاً مرقوم فرمایید:
 ۸- آیا دارای نقص عضو و از کار افتادگی می باشید؟ بله خیر

در صورت مثبت بودن پاسخ، کدام قسمت از بدن؟ دقیقاً 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؟

سرمایه درخواستی : ریال

مشخصات استفاده کنندگان از سرمایه بیمه در صورت فوت بیمه شده			
نام و نام خانوادگی	کدملی	نسبت با بیمه شده	در صد استفاده از سرمایه
.....
.....
.....
.....

مدت بیمه نامه : سال

گواهی اطلاع از شرایط و مقررات بیمه های عمر زمانی 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 تقاضای 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 عمداً و یا سهواً از اظهار مطلبی خودداری نمایند و یا بر خلاف واقع نسبت به پرسش های پزشکی و مندرجات فرم پیشنهاد مطالبی را اظهار نمایند و با بیمه گذار از طرف بیمه شده آن را امضای نموده باشد 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. ضمناً 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:

اظهار نظر پزشکی معتمد بیمه گر

صدور بیمه نامه بلا مانع است جهت معاینه مراجعه نماید

آزمایش های زیر را انجام دهید:

.....