

## « فرم پیشنهاد بیمه عمر زمانی ساده انفرادی »

متقاضی محترم؛ خواهشمنداست نسبت به پاسخگویی به کلیه سوالات مندرج در این برگه اهتمام کامل داشته و هیچ سوالی را بدون پاسخ نگذارید، در صورت وجود هرگونه ابهام، از مسئولین صدور راهنمایی بگیرید.

لطفاً فرم ذیل را به صورت خوانا و بدون خط خوردگی تکمیل فرمائید:

مشخصات بیمه گذار	نام شرکت (بیمه گذار حقوقی):		شماره کد/ ثبت:	
	نام و نام خانوادگی (بیمه گذار حقیقی):		نام پدر:	
	کد ملی:	تاریخ تولد:	شماره شناسنامه:	
	نشانی منزل:	کدپستی:	تلفن ثابت:	
	نشانی الکترونیکی:	تلفن همراه:	فاکس:	
	نشانی محل کار:		کدپستی:	
	نشانی الکترونیکی:	تلفن مستقیم:	فاکس:	

مشخصات بیمه شده	نام و نام خانوادگی:		نام پدر:	شماره شناسنامه:	
	کد ملی:		تاریخ تولد:	محل صدور:	
	وضعیت تاهل:		شغل:	متوسط درآمد ماهانه:	
	مدت بیمه نامه:	سال	سرمایه مورد تقاضا:	عمر:	
	پوشش معافیت از پرداخت حق بیمه:		دارد <input type="checkbox"/>	ندارد <input type="checkbox"/>	ضریب افزایش سرمایه و حق بیمه:
	نشانی منزل:		کدپستی:	تلفن ثابت:	
	نشانی الکترونیکی:		تلفن همراه:	فاکس:	
	نشانی محل کار:		کدپستی:	تلفن ثابت:	
	نشانی الکترونیکی:		تلفن همراه:	فاکس:	

مشخصات استفاده کننده (گان) / ذینفع	نام و نام خانوادگی	کد ملی	شماره شناسنامه	تاریخ تولد	نام پدر	نسبت با بیمه شده	اولویت	درصد سهم

مشخصات بیمه نامه	شماره بیمه نامه:	واحد صادرکننده:	کدو نام نماینده:
	سرمایه بیمه عمر:	سرمایه فوت حادثه:	سرمایه نقص عضو حادثه:
	ضریب افزایش سرمایه:	پوشش معافیت از پرداخت حق بیمه:	شرایط پرداخت حق بیمه:
	سن بیمه شده در شروع بیمه نامه:	مدت بیمه نامه:	تاریخ شروع:
	نرخ اصلی:	در هزار	حق بیمه اصلی:
	نرخ اضافی:	در هزار	حق بیمه اضافی:
مجموع نرخ ها:	در هزار	جمع کل حق بیمه:	
محل درج مجوز:			

به ادامه سوالات در صفحه پشت پاسخ دهید.

نام و نام خانوادگی متقاضی بیمه ( بیمه شونده ) : .....

آیا تاکنون بیمه نامه عمر و حوادث دیگری نزد شرکت بیمه آسیا داشته اید ؟

در صورت مثبت بودن میزان سرمایه آن را منظور نمایید .

بلی  خیر

### سوالات پزشکی

۱- قد و وزن شما چقدر است ؟

کیلوگرم

سانتیمتر

بلی  خیر

۲- آیا در حال حاضر کاملاً سالم می باشید؟

۳- در صورت استفاده از معافیت پزشکی در خدمت نظام وظیفه علت آنرا توضیح دهید؟

۴- چنانچه به یکی از بیماری های خاص زیر مبتلا می باشید ، ضمن قید علامت ، در صورت مصرف دارو میزان و نوع آنرا مشخص کنید .

<input type="checkbox"/> تنفسی	<input type="checkbox"/> قلبی	<input type="checkbox"/> هیپاتیت	<input type="checkbox"/> امراض خونی	<input type="checkbox"/> غدد داخلی
<input type="checkbox"/> سرطان	<input type="checkbox"/> ام اس	<input type="checkbox"/> قند	<input type="checkbox"/> ایدز	<input type="checkbox"/> تومور و عوارض مغزی
<input type="checkbox"/> چشمی	<input type="checkbox"/> پوستی	<input type="checkbox"/> استخوانی	<input type="checkbox"/> کلیه و مجاری ادرار	<input type="checkbox"/> اعصاب و روان

توضیحات :

در صورتی که به بیماری دیگری غیر از موارد فوق الذکر مبتلا بوده یا هستید توضیح دهید .....

بلی  خیر

۵- آیا تا کنون در بیمارستان بستری یا تحت عمل جراحی قرار گرفته اید ؟

در صورت مثبت بودن پاسخ ، علت و نوع عمل جراحی یا بستری شدن در بیمارستان را توضیح دهید.

بلی  خیر

۶- آیا به مواد مخدر اعتیاد دارید ؟

بلی  خیر

۷- آیا افراد درجه یک خانواده شما (پدر، مادر، خواهر، برادر، همسر، فرزندان) زیر ۶۵ سال به علت بیماری فوت شده اند ؟

در صورت مثبت بودن علت آنرا ذکر نمایید.

### اظهار نظر پزشک معتمد بیمه گر :

با احتساب .....% اضافه نرخ بلامانع است.  صدور بیمه نامه بلامانع است.

صدور بیمه نامه به صلاح نمی باشد.

مهر و امضاء پزشک معتمد

### تعهد نامه :

اینجانب تعهد می نمایم که به کلیه پرسشهای این پیشنهاد با صداقت کامل پاسخ داده ام و چون این پیشنهاد جزء لاینفک بیمه نامه عمر زمانی می باشد ، بدینرو در صورت هر نوع اظهار خلاف واقع ، بیمه گر می تواند نسبت به لغو بیمه نامه اقدام نماید .

ضمناً بدینوسیله به شرکت بیمه اجازه می دهم تادهرزمان نیازبه اطلاعات پزشکی درخصوص اینجانب (بیمه شده) داشته باشد به مرجع مورد نظر مراجعه و اطلاعات مورد نیاز را دریافت نماید .

مهر / امضاء بیمه گذار

تاریخ و امضاء بیمه شده

مهر و امضاء نماینده

**توجه :** « تکمیل این پیشنهاد هیچ گونه تعهدی برای شرکت بیمه آسیا و حقی برای بیمه گذار یا بیمه شده ایجاد نمی نماید و در صورت عدم انعقاد بیمه نامه هیچ نوع خسارتی قابل مطالبه نخواهد بود. »

مدیریت بیمه های اشخاص : تهران ، خیابان آیت ا... طالقانی ، حد فاصل خیابان های ولیعصر(عج) و حافظ ، پلاک ۴۰۴ ، کد پستی ۱۵۹۱۸۱۵۹۵۴

تلفنخانه : ۱۶-۶۶۴۰۵۷۱۵ و ۱۳-۶۶۴۰۹۹۱۲-۰۲۱ ، تلفن مستقیم : ۰۲۱-۶۶۴۱۷۱۰۴ ، فاکس : ۰۲۱-۶۶۴۰۶۶۸۲