

« 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):		محل صدور:	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 :	فوت حادثه:	نقص عضو حادثه:
	پوشش معافیت از پرداخت حق بیمه :		دارد ☐	ندارد ☐	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 صادر کننده :	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) :

☐ بلی ☐ خیر

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

در صورت مثبت بودن میزان سرمایه آن را منظور نمایید *

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 .

☐ تنفسی	☐ قلبی	☐ هپاتیت	☐ امراض خونی	☐ غدد داخلی
☐ سرطان	☐ ام اس	☐ قند	☐ ایدز	☐ تومور و عوارض مغزی
☐ چشمی	☐ پوستی	☐ استخوانی	☐ کلیه و مجاری ادرار	☐ 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 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 : ۱۶-۰۵۷۱۵۰۶۶۴ و ۱۳-۰۶۶۴۰۹۹۱۲-۰۲۱ ، تلفن مستقیم : ۰۶۶۴۱۷۱۰۴-۰۲۱ ، فاکس : ۰۶۶۴۰۶۶۸۲-۰۲۱