

« فرم پیشنهاد بیمه عمر مانده بدهکار 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	شخص حقوقی (بانک/ موسسه اعتباری):		شماره کد / ثبت:	
	شخص حقیقی: نام و نام خانوادگی:		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:
	نشانی منزل:		کدپستی:	تلفن ثابت:
	نشانی الکترونیکی:		تلفن همراه:	فاکس:
	نشانی محل کار:		کدپستی:	تلفن ثابت:
	نشانی الکترونیکی:		تلفن همراه:	فاکس:

این قسمت توسط بانک/ موسسه اعتباری تکمیل گردد.	گواهی وام:		
	این بانک/ موسسه اعتباری به شماره ثبت	و کد	گواهی می نماید؛ وام با مشخصات ذیل رادرتاریخ
	به آقای / خانم	به شماره شناسنامه:	اعطاء شده / خواهد شد:
	مبلغ وام:	ریال، مدت بازپرداخت:	سال و ماه، مبلغ هر قسط:
این گواهی جهت صدور بیمه نامه عمر مانده بدهکار با سرمایه نزولی یکنواخت به نفع این موسسه جهت تضمین بازپرداخت مانده بدهی وام گیرنده (در صورت فوت وی) صادر گردیده است.			
تاریخ:		مهر و امضاء بانک / موسسه اعتباری	

مشخصات بیمه نامه	شماره بیمه نامه:	واحد صادرکننده:	کدو نام نماینده:
	سن بیمه شده در شروع بیمه نامه:	سرمایه بیمه/ وام دریافتی:	شرایط پرداخت حق بیمه:
	مدت بیمه نامه:	تاریخ شروع:	تاریخ انقضاء:
	نرخ اصلی:	درهزار	حق بیمه اصلی:
	نرخ اضافی:	درهزار	حق بیمه اضافی:
	مجموع نرخ ها:	درهزار	جمع کل حق بیمه:

محل درج مجوز:

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