



فرم پیشنهاد صدور بیمه نامه جامع عمر و پس انداز



بیمه گزار محترم، شرکت بیمه آسیا برای ارائه خدمات بهتر و جلب رضایت شما مشتریان عزیز توصیه می‌نماید با مطالعه مفاد این پرسشنامه و آگاهی کامل از شرایط بیمه‌نامه و تعهدات قرارداد، اقدام به خرید نمایید. لذا خواهشمند است پاسخ کلیه سوالات احتمالی خود را از همکاران این شرکت دریافت و متعاقب آن تصمیم‌گیری نمایید.

تاریخ تکمیل: / /

(این فرم لازم است بدون خط خورده توسط بیمه گزار و بیمه شده تکمیل گردد.)

کد رایانه / /

.....
-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

نام خانوادگی / نام شرکت:

نام:

تاریخ تولد: / / شماره شناسنامه: نام پدر: محل تولد: جنسیت: زن مرد

شماره ملی (حقیقی) / کد اقتصادی (حقوقی): شماره ثبت: وضعیت تأهل: مجرد متاهل

تلفن ثابت: کد شهرستان: تلفن همراه: شماره پرسنلی: نسبت با بیمه شده:

نشانی دقیق محل کار: شهر: خیابان: پلاک: کد پستی: کوچه: نشانی دقیق محل سکونت: شهر: خیابان: پلاک: کوچه: پست الکترونیکی: @

مشخصات بیمه گزار

.....
-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

نام خانوادگی:

نام:

تاریخ تولد: / / شماره شناسنامه: نام پدر: محل تولد: جنسیت: زن مرد

شماره ملی: وضعیت تأهل: مجرد متاهل

تلفن ثابت: کد شهرستان: تلفن همراه: شماره پرسنلی: نسبت با بیمه شده:

نشانی دقیق محل کار: شهر: خیابان: پلاک: کد پستی: کوچه: نشانی دقیق محل سکونت: شهر: خیابان: پلاک: کوچه: پست الکترونیکی: @

مشخصات بیمه شده

۱- روش پرداخت حق بیمه: یکجا سالانه دو قسط شش ماهه چهار قسط سه ماهه شش قسط دو ماهه دوازده قسط ماهانه (گروهی)

۴- میزان افزایش سالانه حق بیمه در سال آتی: ثابت % ۵ % ۱۰ % ۱۵ % ۲۰ % ۲۵ % ۳۰ % ۴۰ % ۵۰ % ۶۰ % ۷۰ % ۸۰ % ۹۰ % ۱۰۰ % ۱۱۰ % ۱۲۰ % ۱۳۰ % ۱۴۰ % ۱۵۰ % ۱۶۰ % ۱۷۰ % ۱۸۰ % ۱۹۰ % ۲۰۰ % ۲۱۰ % ۲۲۰ % ۲۳۰ % ۲۴۰ % ۲۵۰ % ۲۶۰ % ۲۷۰ % ۲۸۰ % ۲۹۰ % ۳۰۰ % ۳۱۰ % ۳۲۰ % ۳۳۰ % ۳۴۰ % ۳۵۰ % ۳۶۰ % ۳۷۰ % ۳۸۰ % ۳۹۰ % ۴۰۰ % ۴۱۰ % ۴۲۰ % ۴۳۰ % ۴۴۰ % ۴۵۰ % ۴۶۰ % ۴۷۰ % ۴۸۰ % ۴۹۰ % ۵۰۰ % ۵۱۰ % ۵۲۰ % ۵۳۰ % ۵۴۰ % ۵۵۰ % ۵۶۰ % ۵۷۰ % ۵۸۰ % ۵۹۰ % ۶۰۰ % ۶۱۰ % ۶۲۰ % ۶۳۰ % ۶۴۰ % ۶۵۰ % ۶۶۰ % ۶۷۰ % ۶۸۰ % ۶۹۰ % ۷۰۰ % ۷۱۰ % ۷۲۰ % ۷۳۰ % ۷۴۰ % ۷۵۰ % ۷۶۰ % ۷۷۰ % ۷۸۰ % ۷۹۰ % ۸۰۰ % ۸۱۰ % ۸۲۰ % ۸۳۰ % ۸۴۰ % ۸۵۰ % ۸۶۰ % ۸۷۰ % ۸۸۰ % ۸۹۰ % ۹۰۰ % ۹۱۰ % ۹۲۰ % ۹۳۰ % ۹۴۰ % ۹۵۰ % ۹۶۰ % ۹۷۰ % ۹۸۰ % ۹۹۰ % ۱۰۰۰ % ۱۰۱۰ % ۱۰۲۰ % ۱۰۳۰ % ۱۰۴۰ % ۱۰۵۰ % ۱۰۶۰ % ۱۰۷۰ % ۱۰۸۰ % ۱۰۹۰ % ۱۱۰۰ % ۱۱۱۰ % ۱۱۲۰ % ۱۱۳۰ % ۱۱۴۰ % ۱۱۵۰ % ۱۱۶۰ % ۱۱۷۰ % ۱۱۸۰ % ۱۱۹۰ % ۱۲۰۰ % ۱۲۱۰ % ۱۲۲۰ % ۱۲۳۰ % ۱۲۴۰ % ۱۲۵۰ % ۱۲۶۰ % ۱۲۷۰ % ۱۲۸۰ % ۱۲۹۰ % ۱۳۰۰ % ۱۳۱۰ % ۱۳۲۰ % ۱۳۳۰ % ۱۳۴۰ % ۱۳۵۰ % ۱۳۶۰ % ۱۳۷۰ % ۱۳۸۰ % ۱۳۹۰ % ۱۴۰۰ % ۱۴۱۰ % ۱۴۲۰ % ۱۴۳۰ % ۱۴۴۰ % ۱۴۵۰ % ۱۴۶۰ % ۱۴۷۰ % ۱۴۸۰ % ۱۴۹۰ % ۱۵۰۰ % ۱۵۱۰ % ۱۵۲۰ % ۱۵۳۰ % ۱۵۴۰ % ۱۵۵۰ % ۱۵۶۰ % ۱۵۷۰ % ۱۵۸۰ % ۱۵۹۰ % ۱۶۰۰ % ۱۶۱۰ % ۱۶۲۰ % ۱۶۳۰ % ۱۶۴۰ % ۱۶۵۰ % ۱۶۶۰ % ۱۶۷۰ % ۱۶۸۰ % ۱۶۹۰ % ۱۷۰۰ % ۱۷۱۰ % ۱۷۲۰ % ۱۷۳۰ % ۱۷۴۰ % ۱۷۵۰ % ۱۷۶۰ % ۱۷۷۰ % ۱۷۸۰ % ۱۷۹۰ % ۱۸۰۰ % ۱۸۱۰ % ۱۸۲۰ % ۱۸۳۰ % ۱۸۴۰ % ۱۸۵۰ % ۱۸۶۰ % ۱۸۷۰ % ۱۸۸۰ % ۱۸۹۰ % ۱۹۰۰ % ۱۹۱۰ % ۱۹۲۰ % ۱۹۳۰ % ۱۹۴۰ % ۱۹۵۰ % ۱۹۶۰ % ۱۹۷۰ % ۱۹۸۰ % ۱۹۹۰ % ۲۰۰۰ % ۲۰۱۰ % ۲۰۲۰ % ۲۰۳۰ % ۲۰۴۰ % ۲۰۵۰ % ۲۰۶۰ % ۲۰۷۰ % ۲۰۸۰ % ۲۰۹۰ % ۲۱۰۰ % ۲۱۱۰ % ۲۱۲۰ % ۲۱۳۰ % ۲۱۴۰ % ۲۱۵۰ % ۲۱۶۰ % ۲۱۷۰ % ۲۱۸۰ % ۲۱۹۰ % ۲۲۰۰ % ۲۲۱۰ % ۲۲۲۰ % ۲۲۳۰ % ۲۲۴۰ % ۲۲۵۰ % ۲۲۶۰ % ۲۲۷۰ % ۲۲۸۰ % ۲۲۹۰ % ۲۳۰۰ % ۲۳۱۰ % ۲۳۲۰ % ۲۳۳۰ % ۲۳۴۰ % ۲۳۵۰ % ۲۳۶۰ % ۲۳۷۰ % ۲۳۸۰ % ۲۳۹۰ % ۲۴۰۰ % ۲۴۱۰ % ۲۴۲۰ % ۲۴۳۰ % ۲۴۴۰ % ۲۴۵۰ % ۲۴۶۰ % ۲۴۷۰ % ۲۴۸۰ % ۲۴۹۰ % ۲۵۰۰ % ۲۵۱۰ % ۲۵۲۰ % ۲۵۳۰ % ۲۵۴۰ % ۲۵۵۰ % ۲۵۶۰ % ۲۵۷۰ % ۲۵۸۰ % ۲۵۹۰ % ۲۶۰۰ % ۲۶۱۰ % ۲۶۲۰ % ۲۶۳۰ % ۲۶۴۰ % ۲۶۵۰ % ۲۶۶۰ % ۲۶۷۰ % ۲۶۸۰ % ۲۶۹۰ % ۲۷۰۰ % ۲۷۱۰ % ۲۷۲۰ % ۲۷۳۰ % ۲۷۴۰ % ۲۷۵۰ % ۲۷۶۰ % ۲۷۷۰ % ۲۷۸۰ % ۲۷۹۰ % ۲۸۰۰ % ۲۸۱۰ % ۲۸۲۰ % ۲۸۳۰ % ۲۸۴۰ % ۲۸۵۰ % ۲۸۶۰ % ۲۸۷۰ % ۲۸۸۰ % ۲۸۹۰ % ۲۹۰۰ % ۲۹۱۰ % ۲۹۲۰ % ۲۹۳۰ % ۲۹۴۰ % ۲۹۵۰ % ۲۹۶۰ % ۲۹۷۰ % ۲۹۸۰ % ۲۹۹۰ % ۳۰۰۰ % ۳۰۱۰ % ۳۰۲۰ % ۳۰۳۰ % ۳۰۴۰ % ۳۰۵۰ % ۳۰۶۰ % ۳۰۷۰ % ۳۰۸۰ % ۳۰۹۰ % ۳۱۰۰ % ۳۱۱۰ % ۳۱۲۰ % ۳۱۳۰ % ۳۱۴۰ % ۳۱۵۰ % ۳۱۶۰ % ۳۱۷۰ % ۳۱۸۰ % ۳۱۹۰ % ۳۲۰۰ % ۳۲۱۰ % ۳۲۲۰ % ۳۲۳۰ % ۳۲۴۰ % ۳۲۵۰ % ۳۲۶۰ % ۳۲۷۰ % ۳۲۸۰ % ۳۲۹۰ % ۳۳۰۰ % ۳۳۱۰ % ۳۳۲۰ % ۳۳۳۰ % ۳۳۴۰ % ۳۳۵۰ % ۳۳۶۰ % ۳۳۷۰ % ۳۳۸۰ % ۳۳۹۰ % ۳۴۰۰ % ۳۴۱۰ % ۳۴۲۰ % ۳۴۳۰ % ۳۴۴۰ % ۳۴۵۰ % ۳۴۶۰ % ۳۴۷۰ % ۳۴۸۰ % ۳۴۹۰ % ۳۵۰۰ % ۳۵۱۰ % ۳۵۲۰ % ۳۵۳۰ % ۳۵۴۰ % ۳۵۵۰ % ۳۵۶۰ % ۳۵۷۰ % ۳۵۸۰ % ۳۵۹۰ % ۳۶۰۰ % ۳۶۱۰ % ۳۶۲۰ % ۳۶۳۰ % ۳۶۴۰ % ۳۶۵۰ % ۳۶۶۰ % ۳۶۷۰ % ۳۶۸۰ % ۳۶۹۰ % ۳۷۰۰ % ۳۷



توجه: لازم است سوالات ذیل که در خصوص سوابق پزشکی "بیمه شده" می باشد، توسط ایشان یا بیمه گزار پاسخ داده شود:



درصورت اظهار خلاف واقع، مطابق شرایط عمومی مشمول کتمان حقایق تلقی خواهد شد.

۱- آیا سابقه ابتلا به بیماری های ذیل را داشته اید؟ با قيد علامت مشخص فرمائید:

پوست :	<input type="checkbox"/> بله	خیر	هپاتیت:	<input type="checkbox"/> بله	خیر	سکته مغزی:	<input type="checkbox"/> بله	خیر	داخلي:	<input type="checkbox"/> بله	خیر	قلب و عروق:	<input type="checkbox"/> بله	خیر
روحی و روانی:	<input type="checkbox"/> بله	خیر	سل:	<input type="checkbox"/> بله	خیر	تشنج:	<input type="checkbox"/> بله	خیر	غدد داخلی:	<input type="checkbox"/> بله	خیر	دستگاه تنفسی:	<input type="checkbox"/> بله	خیر
استخوان و مفاصل:	<input type="checkbox"/> بله	خیر	بیماری عفونی:	<input type="checkbox"/> بله	خیر	صرع:	<input type="checkbox"/> بله	خیر	کلیه و مجاری ادرار:	<input type="checkbox"/> بله	خیر	فشارخون:	<input type="checkbox"/> بله	خیر
بیماری خونی:	<input type="checkbox"/> بله	خیر	چشم:	<input type="checkbox"/> بله	خیر	مغزا و اعصاب:	<input type="checkbox"/> بله	خیر	سرطان:	<input type="checkbox"/> بله	خیر	بیماری قند:	<input type="checkbox"/> بله	خیر
اختلال حرکتی:	<input type="checkbox"/> بله	خیر	گوش و حلق و بینی:	<input type="checkbox"/> بله	خیر	بیماریهای واگیردار:	<input type="checkbox"/> بله	خیر	دستگاه گوارش:	<input type="checkbox"/> بله	خیر	نوع بیماری قند:	<input type="checkbox"/> بله	خیر

۲- در صورت ابتلا به هر یک از بیماری های فوق و یا هر نوع بیماری دیگر، نام و تاریخ ابتلا به بیماری و نام پزشک معالج خود را اعلام فرمایید. سوابق بیماری و مدلارک پزشکی ضمیمه شود.

۳- آیا از افراد خانواده شما (پدر- مادر- خواهر- برادر- همسر- فرزندان) کسی سابقه بیماریهای فوق الذکر را داشته اند؟ خیر بله
در صورت مثبت بودن پاسخ، نوع بیماری، نسبت فرد بیمار و سن وی را ذکر نمایید:

۴- آیا نقص عضوی دارید؟ خیر بله چنانچه دارای هرگونه نقص عضوی می باشدید با ذکر علت و درصد عنوان نمایید:

۵- آیا تا به حال در بیمارستان و یا مراکز درمانی بستری شده اید؟ خیر بله

۶- آیا تا بحال تحت عمل جراحی قرار گرفته اید؟ خیر بله نوع عمل جراحی و نتیجه آن را ذکر فرمایید. شرح عمل و گزارش پاتولوژی ضمیمه شود.

۷- آیدر ۶ ماهه گذشته کاهش یا افزایش وزن داشته اید؟ خیر بله در صورت مثبت بودن پاسخ، میزان و علت آن را ذکر فرمایید:

۸- آیا دارویی را به طور مستمر استفاده می نمایید؟ خیر بله لطفاً نام دارو و میزان مصرف در ۲۴ ساعت را اعلام فرمائید.

۹- آیا از افراد خانواده شما (پدر- مادر- خواهر- برادر- همسر- فرزندان) در سن کمتر از ۵۵ سالگی بعلت بیماری فوت شده اند؟ خیر بله علت فوت؟

۱۰- آیا از سیگار/ پیپ/ قلیان استفاده کرده یا می کنید؟ خیر بله میزان و مدت مصرف آن؟

۱۱- (در صورتی که بیمه شونده آقا باشد): آیا از معافیت پزشکی در خدمت نظام وظیفه استفاده کرده اید؟ خیر بله علت آن را توضیح دهید؟

وزن بیمه شده	_____
_____	_____

۱۲- قدم بیمه شده

۱۳- نام بیمه های درمانی که تحت پوشش آن هستید را اعلام فرمایید:

۱۴- (در صورتی که بیمه شده خانم باشد): آیا باردار هستید؟ خیر بله (در صورت مثبت بودن، ضمن ذکر ماه بارداری؛ از مرکز مجوز اخذ شود)

مشتری گرامی در صورت پذیرش درخواست شما و تخصیص کد رهگیری (شناسه) بانکی و واریز اولین قسط حق بیمه بحساب بیمه آسیا به شماره ۲۰۰۲۰۰۰/۲۴ نزد بانک ملت، از ساعت ۲۴ روز واریز، بیمه نامه شما با استناد به فیش نقدی واریزی معتبر بوده و شما به خانواده بزرگ بیمه گزاران عمر بیمه آسیا خواهید پیوست.

اخذ امضای شخص بیمه شده الزامی است در غیر این صورت طبق ماده ۲۳ قانون بیمه، بیمه نامه باطل می باشد.

اینجانبان بعنوان بیمه گزار و بیمه شده کلیه مفاد و شرایط عمومی بیمه نامه را مطالعه نموده به کلیه سوالات با صداقت پاسخ داده و اطلاع داریم که هرگونه اظهار خلاف واقع به موجب قانون باعث ابطال قرارداد و سلب مزایای بیمه نامه می شود و ضمن اطلاع کامل از حدود تعهدات خود و بیمه گر و نیز ارزش باز خرید بیمه نامه، تقاضای صدور آنرا داریم.

۱- نام بیمه گزار : تاریخ و امضاء ۲- نام بیمه شده: تاریخ و امضاء

اینجانب شخص بیمه گزار و نیز بیمه شده راملاقات نموده ضمن احراز هویت ایشان و ارائه اطلاعات کافی درباره شرایط بیمه نامه و تعهدات وارزش باز خرید آن، صحت اظهارات ارائه شده، امضاء و سلامتی بیمه شده و بیمه گزار را تأیید می نمایم. همچنین مسئولیت رعایت ضوابط و دستور العمل ها متوجه این نمایندگی می باشد. رونوشت شناسنامه و کارت ملی بیمه گزار، بیمه شده و استفاده کننده (گان) به پیوست می باشد.

تاریخ، نام و امضاء بازاریاب نام نمایندگی: کد نمایندگی: تاریخ، مهر و امضاء نماینده

با توجه به اطلاعات ذکر شده در این پیشنهاد؛ صدور بیمه نامه نیاز به آزمایش های پزشکی دارد؟ خیر بله علت درخواست آزمایش های پزشکی: سن بیمه شده و سرمایه بیمه نامه مسائل پزشکی سایر موارد:

سوابق پزشکی بیمه شده بررسی گردید و پذیرش ایشان:

۱- نیاز به آزمایش تکمیلی دارد: خیر ۲- منع پزشکی دارد: خیر ۳- با اضافه نرخ پزشکی: بلامانع است.

امضاء و مهر پزشک تاریخ: نام پزشک معتمد: (درج علت و توضیح توسط پزشک معتمد الزامی است)

۱- رونوشت شناسنامه/کارت ملی ضمیمه پیشنهاد می باشد: خیر ۲- با توجه به اطلاعات مندرج در سوابق بیمه ای بیمه شده: - حق بیمه بیمه نامه قبلی بطور مرتباً پرداخت شده است؟ خیر - سابقه خسارت: دارد ندارد ۳- منع مقرر اتی: دارد ندارد ۴- با توجه به اطلاعات پرسشنامه، با لحاظ اضافه نرخ: - قدو وزن: سوابق خانوادگی: پزشکی: با مجموع کل اضافه نرخ: صدور بیمه نامه بلامانع است. توضیح: کد واحد صدور:

نام مهر و امضاء رئیس شعبه امضاء مسئول صدور عمرو پس انداز