



(سهامی عام)

شماره ثبت ۲۰۰۷۲۲

پیشنهاد دهنده گرامی، خواهشمند است به کلیه پرسش‌های مندرج در این فرم با صداقت و به صورت کامل و خوانا پاسخ داده و سپس امضاء فرمائید. شرط اصلی اعتبار بیمه‌نامه در صورت صدور، صحت اطلاعات مندرج در این پیشنهاد و پاسخ‌های شما بوده و به آن استناد خواهد شد. ضمناً تکمیل این پیشنهاد هیچ تعهدی را برای بیمه‌گر ایجاد نمی‌نماید.

# پیشنهاد بیمه عمر انفرادی

شماره شناسایی سند: PI31F009

شماره بازنگری: 03

نام خانوادگی:	نام:
شماره شناسنامه:	کد ملی:
نام پدر:	وضعیت تاهل: <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/> مجرد
محل تولد:	تاریخ تولد: 13 / /
محل صدور:	جنسیت: <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن
محل تولد:	شغل اصلی:
تحصیلات:	شغل فرعی:
درآمد ماهیانه:	نشانی دقیق:
درآمد ماهیانه:	شهر:
درآمد ماهیانه:	استان سکونت:
درآمد ماهیانه:	تلفن محل سکونت:
درآمد ماهیانه:	محل کار:
درآمد ماهیانه:	تلفن محل کار:
درآمد ماهیانه:	نسبت یا بیمه‌شده: <input type="checkbox"/> خود شخص <input type="checkbox"/> سایر:

**(لطفاً نوع شغل یا کاری را که به آن اشتغال دارید، به صورت دقیق ذکر نمایید. عناوین شغلی مانند آزاد، کارگر، کارمند، عنوان رشته تحصیلی و ... مورد قبول نمی‌باشد.)**

مشخصات بیمه گذار (حداقل 18 سال تمام)

نام خانوادگی:	نام:
شماره شناسنامه:	کد ملی:
نام پدر:	وضعیت تاهل: <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/> مجرد
محل تولد:	تاریخ تولد: 13 / /
محل صدور:	جنسیت: <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن
محل تولد:	شغل اصلی:
تحصیلات:	شغل فرعی:
درآمد ماهیانه:	نشانی دقیق:
درآمد ماهیانه:	شهر:
درآمد ماهیانه:	استان سکونت:
درآمد ماهیانه:	تلفن محل سکونت:
درآمد ماهیانه:	محل کار:
درآمد ماهیانه:	تلفن محل کار:
درآمد ماهیانه:	نسبت یا بیمه‌شده: <input type="checkbox"/> خود شخص <input type="checkbox"/> سایر:

**(لطفاً نوع شغل یا کاری را که به آن اشتغال دارید، به صورت دقیق ذکر نمایید. عناوین شغلی مانند آزاد، کارگر، کارمند، عنوان رشته تحصیلی و ... مورد قبول نمی‌باشد.)**

مشخصات بیمه شده

نوع بیمه‌نامه	<input type="checkbox"/> عمر و سرمایه‌گذاری
سرمایه فوت	<input type="checkbox"/> عمر ساده زمانی
روش و میزان پرداخت حق بیمه	<input type="checkbox"/> نرخ افزایش سرمایه فوت
مدت بیمه‌نامه	<input type="checkbox"/> حق بیمه یکجا
	<input type="checkbox"/> پرداخت حق بیمه اولیه به مبلغ (حروف، عدد)..... ریال.
	<input type="checkbox"/> پرداخت حق بیمه اولیه و حق بیمه منظم
	<input type="checkbox"/> پرداخت حق بیمه منظم: <input type="checkbox"/> ماهانه <input type="checkbox"/> سه ماهه <input type="checkbox"/> شش ماهه <input type="checkbox"/> سالانه به مبلغ (عدد)..... ریال.
	<input type="checkbox"/> پرداخت حق بیمه منظم: <input type="checkbox"/> ماهانه <input type="checkbox"/> سه ماهه <input type="checkbox"/> شش ماهه <input type="checkbox"/> سالانه به مبلغ (عدد)..... ریال.
	<input type="checkbox"/> نرخ افزایش حق بیمه منظم
	<input type="checkbox"/> مانده وام دریافتی

در صورت انتخاب بیمه عمر مانده بدهکار، مانده وام دریافتی را نیز اعلام نمایید.

مشخصات بیمه‌نامه

پوشش‌های اضافی	<input type="checkbox"/> فوت در اثر حادثه با سرمایه..... ریال.
	<input type="checkbox"/> پرداخت مقرری روزانه بستری شدن در مراکز درمانی ناشی از حادثه
	<input type="checkbox"/> معافیت از پرداخت هزینه‌های بیمه‌نامه در صورت از کارافتادگی دائم و کامل ناشی از (بیماری یا حادثه)
	<input type="checkbox"/> پرداخت مستماری در صورت از کارافتادگی دائم و کامل ناشی از (بیماری یا حادثه)
	<input type="checkbox"/> حق بیمه پوشش‌های اضافی و مالیات بر ارزش افزوده مازاد بر حق بیمه پایه محاسبه گردد. <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر

اولویت	درصد سهم	نسبت یا بیمه‌شده	محل تولد (محل ثبت)	تاریخ تولد (تاریخ ثبت)			شماره شناسنامه	کد ملی (شماره ثبت)	نام پدر	جنسیت	نام خانوادگی (نام موسسه)	نام	در صورت فوت بیمه‌شده	در صورت حیات بیمه‌شده
				سال	ماه	روز								

مشخصات استفاده کنندگان از سرمایه بیمه‌نامه

قد بیمه شده	سنتی متر.	وزن بیمه شده	کیلوگرم.	کد نمایندگی
محل امضاء (بیمه‌شده)	وضعیت انجام نظام وظیفه: <input type="checkbox"/> انجام خدمت وظیفه عمومی	مهر، امضاء و نام نمایندگی	معاذت پزشکی: <input type="checkbox"/> بند: ..... و ماده: ..... علت معافیت: .....	تاریخ: 13 / /
سئوالات عمومی (بیمه‌شده)	<input type="checkbox"/> معافیت غیر پزشکی: .....	معاذت پزشکی: <input type="checkbox"/> بند: ..... و ماده: ..... علت معافیت: .....	<input type="checkbox"/> عدم انجام خدمت وظیفه عمومی <input type="checkbox"/> غیر مشمول	
	آیا از موتورسیکلت دنده‌ای استفاده می‌نمایید؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی، به ندرت <input type="checkbox"/> بلی، به‌طور مستمر (موارد استفاده را شرح دهید).	آیا رشته (های) ورزشی خاصی را انجام می‌دهید؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی، تقریبی <input type="checkbox"/> بلی، حرفه‌ای	نام رشته (های) ورزشی: .....	
	آیا مسافرت مستمر/ ماموریت کاری برون شهری انجام می‌دهید؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی (تعداد مسافرت ماهانه، وسیله نقلیه و مقصد را بیان نمایید).	اگر فعالیت‌های جنبی دیگری انجام می‌دهید بیان نمائید؟		
محل امضاء	نام بیمه‌گذار، تاریخ و امضاء:	نام بیمه‌شده، تاریخ و امضاء:		

آدرس: تهران، خیابان ولی عصر، بالاتر از بلوار میرداماد، خیابان قبادیان، پلاک 22، کد پستی: 1969633391 - تلفن 8259

www.parsianinsurance.ir



## پیشنهاد بیمه عمر انفرادی

ردیف	بیماری	بلی	خیر	ردیف	بیماری	بلی	خیر
1	بیماری‌های دستگاه تنفسی (سرفه مزمن، آسم، تنگی نفس، خلط خونی یا چرکی و...)			2	بیماری‌های قلب و عروق (درد قفسه‌سینه، تنگی نفس فعالیتی، سکنه قلبی، واریس، تپش قلب...)		
3	بیماری‌های خونی (سابقه تزریق خون، کم‌خونی، خون‌ریزی بدون علت و طولانی از هر قسمت بدن)			4	بیماری‌های گوارشی (کبد، زردی یا یرقان، دردهای طولانی مدت شکمی، تهوع، پانکراس (پوزالمده) و...)		
5	بیماری‌های اعصاب و روان (افسردگی، اضطراب، تشویش، وسواس، سابقه خودکشی و...)			6	بیماری‌های داخلی اعصاب (تشنج، سکنه مغزی، مشکلات حرکتی، فراموشی و...)		
7	بیماری‌های کلیه و مجاری ادرار (پرستانت، خون در ادرار، سوزش ادرار، سنگ کلیه و...)			8	بیماری‌های گوش، حلق و بینی (سرگیجه، خونریزی بینی، کاهش شنوایی، ترشحات چرکی یا خون از گوش)		
9	بیماری‌های پوستی (خون‌ریزی یا خون‌مردگی زیرپوستی، خال‌های بزرگ در حال رشد، غده‌های پوستی...)			10	بیماری‌های استخوانی، عضلات و مفاصل و...)		
11	بیماری‌های غدد، داخلی و تیروئید (تغییر وزن، کاهش یا افزایش اشتها، تعریق فراوان، جریخی خون بالا...)			12	بیماری‌های عفونی (سل، هیپاتیت، حصبه، تب مالت، مالاریا، ایدز، کیست هیداتیک، آبله مرغان و...)		
13	آیا دارای فشار خون هستید؟			14	آیا دارای دیابت هستید؟		
15	آیا سابقه سرطان و بدخیمی داشته‌اید؟			16	آیا سابقه تومور داشته‌اید؟		
17	آیا مورد عمل جراحی قرار گرفته‌اید؟			18	آیا سابقه بستری شدن در بیمارستان، آسایشگاهی و یا سایر مراکز درمانی را دارید؟		
19	آیا دچار نقص عضو شده‌اید؟			20	آیا دچار از کارافتادگی شده‌اید؟		
21	آیا در شش ماه گذشته کاهش وزن داشته‌اید؟			22	آیا به بیماری یا عارضه دیگری مبتلا شده‌اید که ذکر نشده باشد؟		
23	آیا از دارو برای بیماری طولانی مدت استفاده می‌کنید؟			24	آیا در حال حاضر به لحاظ پزشکی سالم هستید؟		
25	آیا دچار شکستگی در ناحیه‌ای از بدن شده‌اید؟			26	آیا سابقه تصادف، حادثه یا سقوط داشته‌اید؟		
27	آیا در حال حاضر باردار هستید؟			28	آیا بیماری‌های زنانه دارید؟		
29	آیا دچار ترشح، خونریزی، درد در توده پستان و عدم تقارن در ناحیه سینه یا زیر بغل شده‌اید؟			30	آیا دچار عوارض و بیماری‌های ناشی از حاملگی و زایمان شده‌اید؟		
31	بیماری‌های چشمی (خون‌مردگی یا کبودی دورچشم، ضربه به چشم، پارگی مویرگ‌های چشم، تاری دید، دوبینی، کاهش بینایی، انحراف چشم، ضعف چشم و...)						
32	آیا کسی از بستگان درجه یک شما به بیماری سل، تشنج، سرطان، بیماری قلبی، فشارخون، دیابت، نارسایی کلیه، سکنه مغزی، بیماری مادرزادی و یا بیماری روحی و عصبی مبتلا بوده یا می‌باشد؟						
33	آیا در حال حاضر به علت بیماری یا مورد خاص تحت مداوا یا مشاوره پزشکی قرار دارید؟						
34	در صورت استفاده از موارد ذکر شده، مقدار، نوع و مدت مصرف را اعلام نمایید. □ دخانیات (سیگار، قلیان... □ مشروبات الکلی □ مواد مخدر، محرک و روان گردان □ هیچکدام						
در صورت مثبت بودن هر کدام از سئوالات فوق با ذکر نام بیماری، زمان شروع بیماری، نوع و میزان داروی مصرفی، مدت زمان داروی مصرفی، درمان انجام شده و وضعیت فعلی (بیمه‌شده) را توضیح دهید. (در صورت جراحی، تاریخ و علت عمل جراحی یا بستری شدن را ذکر فرمایید).							

  

وضعیت سلامت	افراد خانواده	سن	حیات / فوت	شرح (در صورت حیات، وضعیت سلامت و در صورت فوت علت آن را شرح دهید)
	پدر		<input type="checkbox"/> حیات <input type="checkbox"/> فوت	
	مادر		<input type="checkbox"/> حیات <input type="checkbox"/> فوت	
	□ خواهر / □ برادر		<input type="checkbox"/> حیات <input type="checkbox"/> فوت	
	□ خواهر / □ برادر		<input type="checkbox"/> حیات <input type="checkbox"/> فوت	
	□ خواهر / □ برادر		<input type="checkbox"/> حیات <input type="checkbox"/> فوت	

  

شرکت بیمه‌گر	نوع بیمه‌نامه	در جریان		تاریخ	سرمایه فوت (ریال)		شرح
		صدور / عدم صدور	عدم صدور		به هر علت	در اثر حادثه	
		<input type="checkbox"/> در جریان صدور <input type="checkbox"/> عدم صدور	<input type="checkbox"/> صدور / عدم صدور	13 / /			(در صورت عدم صدور بیمه‌نامه، علت آن را شرح دهید)
		<input type="checkbox"/> در جریان صدور <input type="checkbox"/> عدم صدور	<input type="checkbox"/> صدور / عدم صدور	13 / /			

\*اینجانبان (بیمه‌شده و بیمه‌گذار) امضاء کنندگان این پیشنهاد اعلام می‌نماییم که پاسخ‌های داده شده کاملاً درست و عین واقعیت بوده و مطلع هستیم که هرگونه اظهار خلاف واقع و خودداری از واقع‌گویی به موجب قانون بیمه باعث باطل شدن قرارداد بیمه عمر و از دست دادن مزایای آن خواهد شد. ضمناً بیمه‌گر یا پزشکان معتمد اجازه دارند هرگونه اطلاعاتی را که راجع وضع مزاجی و سلامت بیمه‌شده نیاز باشد کسب نمایند.

محل امضاء	نام بیمه‌گذار:	نام بیمه‌شده:
	امضاء بیمه‌گذار:	امضاء بیمه‌شده:
	تاریخ:	تاریخ:

  

بیمه تکمیل گردد توسط فروشنده	نظر پزشک معتمد
آیا بیمه شده را شخصاً می‌شناسید؟ آیا ملاحظات خاصی از سلامت فعلی یا گذشته او دارید؟ شرح دهید. آیا درباره شرایط بیمه عمر اطلاعات کامل در اختیار بیمه‌گذار و بیمه‌شده گذارده‌اید؟ آیا صحت امضاء بیمه‌شده و بیمه‌گذار مورد تأیید شما می‌باشد؟	آیا بیمه شده را شخصاً می‌شناسید؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
تاریخ: 13 / /	نام، امضاء و مهر پزشک معتمد:
افزایش نرخ	درصد