

پیشنهاد بیمه عمر
و سرمایه گذاری انفرادی



بیمه کارگزار

شیوه پرداخت:

نام قرارداد:

کد نماینده کارگزار:

۲۵۲۲-۲

--	--	--	--	--	--	--

وضعیت تأهل: محل صدور: شغل: نام پدر:

جنسيت: خانم آقا

تلفن:

کد پستی:

نام و نام خانوادگی:

تاریخ تولد: / /

کد ملی:

نشانی محل کار:

نشانی محل اقامت:

--	--	--	--	--	--	--

نسبت با بیمه شده:

محل صدور:

کد پستی:

جنسيت: خانم آقا

شماره تبت:

اگر بیمه گذار شخصیتی حقوقی است: نام مؤسسه:

تلفن:

نشانی:

سرمایه قوت: (به حروف)

حق بیمه در شروع: (به حروف)

ضریب تعديل سالانه حق بیمه:

حق بیمه:

بلی خیر سرمایه تكمیلی قوت بر اثر حادثه:

حق بیمه:

بلی خیر پوشش تكمیلی معافیت از پرداخت حق بیمه:

حق بیمه:

بلی خیر سرمایه تكمیلی بیماری:

آیا در حال حاضر بیمه عمر یا حادثه دیگری دارید: نزد کدام شرکت:

بلی خیر چه نوع:

آیا در حال حاضر پیشنهاد بیمه عمر یا حادثه در جریان صدور دارد: نزد کدام شرکت:

بلی خیر چه نوع:

● تذکر: چنانچه در طول مدت اعتبار بیمه نامه و یا پس از خاتمه آن مشخص شود که بیمه شده کلیه بیمه نامه های عمر و حوادث انفرادی خود نزد هر یک از شرکت های بیمه را اعلام نداشته است، شرکت بیمه می تواند از پرداخت نام یا بخشی از تعهدات سرمایه قوت و حادثه خودداری کند.

ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره شناسنامه	کد ملی	نام پدر	جنسيت	نسبت با بیمه شده	درصد سهم
۱							
۲							
۳							
۴							
۵							
۶							

استفاده گننده در صورت حیات بیمه شده

نسبت با بیمه شده:

شماره شناسنامه/کد ملی:

نام و نام خانوادگی:

سوالات عمومی و پزشکی از بیمه شده (لطفاً با خط خوانا بنویسید)

۱- آیا خدمت وظیفه انجام داده‌اید؟ خیر بله

وزن: _____ کد: ۲

۳- آیا تا به حال مبتلا به بیماری‌هایی از قبیل قلب و عروق، بیماری‌های عفونی، هورمونی، ریوی، سرگیجه، گردش خون، یرقان، بیماری‌های مقاریتی و دستگاه تناسلی و یا هر نوع بیماری‌های داخلی و عفونی دیگر، سرطان، بیماری‌های زنانه، آسم، ترومبوز، غش، دیابت، انواع ناراحتی‌های عصبی و شوکی، عدم تعادل روانی و یا هر نوع بیماری مزمن دیگر شده‌اید؟ خیر بله

در صورت مثبت بودن هر یک از موارد بالا لطفاً نام بیماری، تاریخ و نام پزشک معالج را مرقوم فرماید:

۴- آیا تا به حال عمل جراحی انجام داده‌اید؟ خیر بله

۵- آیا در حال حاضر به هر دلیل تحت نظر پزشک می‌باشید؟ خیر بله

۶- آیا در بین افراد خانواده شما کسی به سل، بیماری‌های قلبی، بیماری قند، روحی و عصبی و صرع و یا بیماری‌های واگیردار مبتلا بوده است؟ خیر بله

در صورت مثبت بودن، با ذکر نام بیماری توضیح کامل دهید:

● دریافت بیش قسط هیچ‌گونه تعهدی برای بیمه‌گر ایجاد نمی‌نماید و صدور بیمه‌نامه‌گذاری متوجه به پذیرش بیمه‌گر (شرکت بیمه کارآفرین) و شروع تعهد بیمه‌گر پس از وصول کامل قسط اول حق بیمه می‌باشد.

اینچنانچه (بیمه شده):

اعلام می‌کنم که تمام پاسخ‌هایی که در این پرسشنامه داده‌ام کاملاً درست بوده و هرگونه اظهار خلاف واقع و خودداری از آنچه درباره وضع سلامتی خود من دانم به موجب ماده ۱۲ قانون بیمه باعث ابطال و سلب عزایای بیمه‌نامه خواهد شد. ضمناً شرکت سهامی بیمه کارآفرین مجاز است هر زمان که لازم بداند به پزشک یا پزشکان معالج اینچنانچه برای کسب اطلاعات مورد نظر رجوع نموده و هرگونه تحقیقی را در مورد سوابق پزشکی اینچنانچه به عمل آورد.

● بدین وسیله تایید می‌نمایم که این بیشنهاد را با اطلاع کامل از شرایط و مقررات بیمه‌نامه عمر و سرمایه گذاری بیمه کارآفرین تکمیل نموده و تقاضای صدور بیمه‌نامه را داریم.

نام و امضای مستول تایید	مهر و امضای نماینده /کارگزار	امضای بیمه شده	امضای بیمه‌گذار
تاریخ: _____	تاریخ: _____	تاریخ: _____	تاریخ: _____

در صورتی که در هر زمان و به هر صورت عدم انتساب امضاهای فوق به بیمه شده و یا بیمه‌گذار اثبات گردد.
بیمه‌نامه فاقد اعتبار بوده و شرکت تعهدی نسبت به پرداخت غرامت نخواهد داشت.