



فرم درخواست صدور بیمه جامع عمر و پس انداز

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

کد رایانه: (این فرم لزوماً بدون خط خوردگی توسط متقاضی تکمیل گردد.) تاریخ تنظیم: / /

نام خانوادگی / نام شرکت									
نام:									
تاریخ تولد: / /									
شماره ملی (اشخاص حقیقی) / شماره ثبت (اشخاص حقوقی):									
تلفن ثابت: کد شهرستان: تلفن همراه (الزامی): نسبت با بیمه شونده:									
نشانی دقیق محل کار: شهر: خیابان: کوچه: پلاک: کد پستی:									
نشانی دقیق محل سکونت: شهر: خیابان: کوچه: پلاک: پست الکترونیکی: @									

نام خانوادگی:									
نام:									
تاریخ تولد: / / محل تولد:									
شماره ملی: نام پدر: شماره شناسنامه: شغل: وضعیت ناهل: مجرد: متاهل:									
تلفن ثابت: کد شهرستان: تلفن همراه (الزامی): شماره پرسنلی:									
نشانی دقیق محل کار: شهر: خیابان: کوچه: پلاک: کد پستی:									
نشانی دقیق محل سکونت: شهر: خیابان: کوچه: پلاک: پست الکترونیکی: @									

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

۱- حق بیمه قسط اول: <input type="text"/> ریال	۲- حق بیمه سالانه: <input type="text"/> ریال	۳- افزایش سالانه حق بیمه: <input type="text"/> درصد
۴- مدت بیمه نامه: <input type="text"/> سال	۵- سرمایه بیمه عمر (در صورت فوت بیمه شده): <input type="text"/> ریال	۶- افزایش سالانه سرمایه: <input type="text"/> درصد
۷- سرمایه تکمیلی فوت بیمه شده در اثر حادثه (۰): ندارد <input type="checkbox"/> دارد: (یک برابر <input type="checkbox"/> دو برابر <input type="checkbox"/> سه برابر <input type="checkbox"/>) استثنائات پوشش حادثه: ۱- زلزله: <input type="checkbox"/> ۲- هدایت موتورسکلت دهنده ای: <input type="checkbox"/>		
۸- سرمایه بیماریهای خاص (۰۰): ندارد <input type="checkbox"/> دارد: <input type="checkbox"/>		
۹- پوشش معافیت از پرداخت حق بیمه ناشی از کار افتادگی کلی و دائم: ندارد <input type="checkbox"/> دارد: <input type="checkbox"/>		
۱۰- طرح حامی (پوشش حادثه / معافیت بیمه گذار): ندارد <input type="checkbox"/> دارد: <input type="checkbox"/>		
۱۱- واریز متفرقه (۰۰۰): <input type="text"/> ریال		
۱۲- حق بیمه پوشش های اضافی را جداگانه می پردازم: خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/>		

نام و نام خانوادگی استفاده کنندگان		شماره ملی (الزامی است)	نسبت با بیمه شده	درصد سهم
در صورت حیات:				
۱				
۲				
۳				
۴				
۵				

۱- آیا در حال حاضر بیمه عمر و حادثه معتبر و انفرادی دیگری دارید؟ در صورت مثبت بودن نام شرکت بیمه گر سرمایه بیمه، شماره بیمه نامه خود را ذکر نمایید:

۲- آیا در حال حاضر پیشنهاد بیمه عمر و حادثه انفرادی در جریان صدور دارید؟ در صورت مثبت بودن نام شرکت بیمه گر سرمایه بیمه، شماره پیشنهاد خود را ذکر نمایید:

۳- آیا تاکنون پیشنهاد بیمه عمر به شرکت بیمه ای داده اید که مورد موافقت قرار نگرفته باشد؟ در صورت مثبت بودن علت آنرا توضیح دهید (تذکر: در صورت عدم اطلاع بیمه گر از وجود چنین بیمه نامه هایی بیمه گر میتواند از اینهای تمام یا بخشی از تعهدات خود خودداری نماید)

(۰) سرمایه تکمیلی فوت بیمه شده در اثر حادثه طبق مصوبات بیمه مرکزی ایران حداکثر تا سقف دو میلیارد ریال میباشد

(۰۰) سرمایه بیمه بیماریهای خاص به میزان ۳۰٪ سرمایه فوت بوده و حداکثر تا سقف ۲۰۰ میلیون ریال میباشد

(۰۰۰) بیمه گذار می تواند مبلغی را به عنوان واریز متفرقه علاوه بر حق بیمه اصلی به حساب بیمه نامه خود واریز نماید و این مبلغ و سود حاصله در طول مدت قرارداد مطابق بند ۱۲/۲ شرایط عمومی و دستورالعمل اجرایی مربوطه قابل برداشت خواهد بود.

بقیه در پشت صفحه



توجه : سوالات ذیل می بایست توسط متقاضی (بیمه شونده) پاسخ داده شود :
در صورت اظهار خلاف واقع ، مطابق شرایط عمومی مشمول کتمان حقایق تلقی خواهد شد.

- ۱- آیا به ورزشهای حرقه ای می پردازید ؟ خیر بله نام بپزید و ساعت و مدت تمرین در هفته را مشخص نمایید:
 - ۲- آیا از معافیت پزشکی در خدمت نظام وظیفه استفاده کرده اید ؟ خیر بله علت آن را توضیح دهید؟
 - ۳- آیا سابقه بیماری داشته اید؟ خیر بله در صورت ابتلا به هر یک از بیماریهای ذیل با قید علامت مشخص فرمائید : دستگاه تنفسی قلب و عروق بیماری خونی گوارشی و حلق و بینی مغز و اعصاب روحی و روانی داخلی کلیه و مجاری ادرار چشمی پوستی استخوانی غدد داخلی سابقه بیماری عفونی فشار خون سرطان هر نوع تومور بیماری قند (از چه نوع؟) سایر بیماری ها
 - ۴- در صورت ابتلا به هر نوع بیماری دیگر به غیر از موارد بالا، تاریخ، نام بیماری و نام پزشک معالج خود را اعلام فرمائید: سوابق بیماری و مدارک پزشکی ضمیمه شود.
 - ۵- آیا در بین افراد خانواده شما (پدر-مادر- خواهر- برادر- همسر - فرزندان) کسی سابقه بیماریهای ذیل را داشته اند یا خیر ؟
 قلبی سل بیماری قند تشنج سرطان فشارخون نارسایی کلیه سکتة مغزی صرع هیپاتیت ایدز بیماری های واگیردار
- در صورت مثبت بودن پاسخ ، نسبت فرد بیمار و سن وی را ذکر نمایید :
- ۶- قند بیمه شونده . وزن بیمه شونده
 - ۷- آیا باردار هستید ؟ خیر بله (در صورت مثبت بودن ، از مرکز مجوز اخذ شود)
 - ۸- آیا تاحال تحت عمل جراحی قرار گرفته اید؟ خیر بله نوع عمل جراحی و نتیجه آن را ذکر فرمائید . شرح عمل و گزارش پاتولوژی ضمیمه شود .
 - ۹- نام بیمه های درمانی که تحت پوشش آن هستید را اعلام فرمائید:
 - ۱۰- آیا در ۶ ماهه گذشته کاهش وزن شدید داشته اید ؟ خیر بله در صورت مثبت بودن پاسخ ، میزان و علت کاهش را ذکر فرمائید :
 - ۱۱- آیا از افراد درجه یک خانواده شما (پدر-مادر- خواهر- برادر- همسر- فرزندان) در سن کمتر از ۶۵ سالگی بعلت بیماری فوت شده اند؟ خیر بله علت فوت؟
 - ۱۲- آیا سیگار می کشید ؟ خیر بله چند نخ در روز ؟
 - ۱۳- آیا از مواد مخدر و یا مشروبات الکلی (حتی بصورت تفریحی و یا برای معالجه و درمان) استفاده می کنید ؟ خیر بله
 - ۱۴- آیا دارویی را به طور مستمر استفاده می نمایید ؟ خیر بله

اعضاء درخواست	اینجانبان بعنوان متقاضی (بیمه گذار) و بیمه شونده 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 و یا فسخ قرارداد شده و ضمن اطلاع کامل از حدود تعهدات خود و بیمه گر و نیز ارزش باز خرید بیمه نامه ، تقاضای صدور آنرا داریم .
نام متقاضی (بیمه گذار).....	۱- نام متقاضی (بیمه گذار)..... امضاء.....
۲- نام بیمه شونده:.....	امضاء.....
اینجاب شخصاً متقاضی بیمه نامه (بیمه گذار) و همچنین بیمه شونده را ملاقات نموده ضمن ارائه اطلاعات کافی درباره شرایط بیمه نامه و تعهدات و ارزش باز خرید آن، ضمن احراز هویت بیمه شده صحت امضاء متقاضی بیمه نامه (بیمه گذار) و همچنین بیمه شونده را تایید مینمایم .	
تاریخ ، مهر و امضاء بازاریاب	کد نمایندگی :..... تاریخ ، مهر و امضاء نماینده
با توجه به اطلاعات پرسشنامه صدور بیمه نامه :	(درج علت و توضیح توسط پزشک معتمد الزامی است)
۱- نیاز به آزمایشات پزشکی دارد: <input type="checkbox"/>	۲- نیاز به آزمایش تکمیلی دارد: <input type="checkbox"/>
۳- منع پزشکی دارد: خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/>	
۴- با اضافه نرخ پزشکی: <input type="checkbox"/> بلامانع است.	
نام پزشک معتمد :	نام پزشک معتمد : تاریخ : امضاء و مهر پزشک
کد واحد صدور :	با توجه به سن و سرمایه فوت نیاز به آزمایش : ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/>
با توجه به اطلاعات پرسشنامه صدور بیمه نامه با لحاظ اضافه نرخ ناشی از : ۱- قد و وزن <input type="checkbox"/> ۲- سوابق خانوادگی بند ۱۱ : <input type="checkbox"/>	
۳- با مجموع کل اضافه نرخ: <input type="checkbox"/> بلامانع است ۴- منع مقرراتی دارد: <input type="checkbox"/> توضیح :.....	
تاریخ :	نام :..... امضاء و مهر مسئول صدور عمر و پس انداز

توجه: مشتری گرامی در صورت پذیرش درخواست شما و تخصیص کد رهگیری بانکی و واریز اولین حق بیمه بحساب بیمه آسیا ، از ساعت ۲۴ روز واریز ، بیمه نامه شما با استناد فیش تقدی واریزی معتبر بوده و شما به خانواده بزرگ بیمه گذاران عمر بیمه آسیا خواهید پیوست.

تاریخ : نام :..... امضاء رئیس شعبه / واحد صدور