



بیمه یاسارگاد

بسمه تعالی

پرستش نامه و پیشنهاد بیمه عمر و تأمین آتیه

(همراه با پوشش های تکمیلی)

تاریخ :
 نام نماینده :
 کد نمایندگی :

پیشنهاد دهنده محترم

به کلیه پرستش های این پیشنهاد جواب داده و هیچ سؤالی را بدون پاسخ نگذارید زیرا صحت این جواب ها و کامل بودن آنها شرط اصلی معتبر بودن قرارداد بیمه عمر و تأمین آتیه است که بر اساس این پیشنهاد صادر می شود.

۱- مشخصات بیمه گذار

حقوقی نام :	شماره ثبت :	نام خانوادگی :	شماره شناسنامه :	کد ملی :
حقیقی نام :	نام پدر :	تاریخ تولد :	سال :	محل صدور :
نشانی :	نشانی الکترونیکی :	ماه :	محل تولد :	محل صدور :
تلفن :	کد پستی :	روز :	سال :	کد پستی :

۲- مشخصات بیمه شده

نام :	نام خانوادگی :	شماره شناسنامه :	کد ملی :
نام پدر :	تاریخ تولد :	سال :	محل تولد :
جنسیت : مرد <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/>	وضعیت تاهل : متاهل <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/>	تعداد فرزندان : دختر پسر	نسبت بیمه شده با بیمه گذار :
شغل اصلی :	مشاغل فرعی :	کد پستی :	نشانی الکترونیکی :
نشانی :	تلفن :	کد پستی :	نشانی الکترونیکی :

۳- شرایط بیمه عمر و تأمین آتیه و پوشش های تکمیلی مورد تقاضا

مبلغ سپرده اولیه : ریال توان مالی پرداخت ماهانه در سال اول : ریال مدت بیمه : سال

روش پرداخت حق بیمه : ماهانه سه ماهه شش ماهه سالانه مبلغ حق بیمه بر حسب روش پرداخت : ریال

ضریب سرمایه بیمه عمر در صورت فوت تا ۶۰ ۱۲۰ ۱۵۰ ۱۸۰ ۲۱۰ ۲۴۰ ۳۰۰ برابر حق بیمه ماهانه

افزایش سالانه حق بیمه درصد افزایش سالانه سرمایه بیمه عمر درصد افزایش سرمایه بیمه آتش سوزی : ۵ درصد ۱۰ درصد

پوشش های تکمیلی :

۱	از کار افتادگی کامل و دائم	معافیت از پرداخت به میزان ۱۰۰٪ <input type="checkbox"/> ۵۰٪ <input type="checkbox"/> ۲۵٪ <input type="checkbox"/> ۴۰٪ <input type="checkbox"/> سرمایه بیمه عمر حداکثر تا مبلغ ۴۰۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال
۲	حادثه فوت	نقص عضو و از کار افتادگی : یک <input type="checkbox"/> دو <input type="checkbox"/> سه <input type="checkbox"/> برابر سرمایه بیمه عمر هزینه پزشکی : ۵٪ <input type="checkbox"/> ۱۰٪ <input type="checkbox"/> سرمایه حادثه (فوت)
۳	بیماری های خاص	غرامت ابتلا به بیماری های خاص به میزان : ۱۰٪ <input type="checkbox"/> ۲۰٪ <input type="checkbox"/> ۳۰٪ <input type="checkbox"/> سرمایه بیمه عمر و حداکثر ۲۵۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال
۴	آتش سوزی	ضریب سرمایه بیمه آتش سوزی منزل مسکونی : ۵۰۰ <input type="checkbox"/> ۷۵۰ <input type="checkbox"/> ۱۰۰۰ <input type="checkbox"/> ۱۵۰۰ <input type="checkbox"/> برابر حق بیمه ماهانه پوشش خطرات اضافی بیمه حادثه زلزله و آتشفشان <input type="checkbox"/> بلوا <input type="checkbox"/> همراه با بیمه آتش سوزی

۴- استفاده کننده از سرمایه بیمه در صورت حیات بیمه شده

بیمه گذار بیمه شده سایر نام و نام خانوادگی : نام پدر : نام پسر :
 شماره شناسنامه / کد ملی : تاریخ تولد : نسبت :

۵- استفاده کنندگان از سرمایه بیمه در صورت فوت بیمه شده

وراث قانونی به نسبت مساوی وراث قانونی به نسبت سهم الارث سایر به شرح زیر نام ببرید :

ردیف	نام و نام خانوادگی	نام پدر	شماره شناسنامه	کد ملی	تاریخ تولد	نسبت استفاده کننده با بیمه شده	درصد استفاده از سرمایه
۱							
۲							
۳							
۴							
۵							

قد سانتی متر وزن کیلوگرم

ایا خدمت نظام وظیفه را انجام داده اید؟ خیر بلی

در صورت عدم انجام خدمت نظام وظیفه علت آن را توضیح دهید :

به کدامیک از ورزشها می پردازید؟

در حال حاضر پوشش بیمه عمر و بیمه حوادث دیگری دارید؟ خیر بلی در صورت مثبت بودن جدول ذیل را کامل نمایید :

نوع بیمه	شماره بیمه نامه	سرمایه بیمه	نام شرکت	نوع بیمه	شماره بیمه نامه	سرمایه بیمه	نام شرکت
عمر				حوادث			

توجه : چنانچه در هر رشته بیش از یک بیمه نامه موجود باشد می بایستی سرمایه ها جمع گردد.

- تا به حال پیشنهاد بیمه عمر به شرکت بیمه ای داده اید که مورد قبول واقع نشده باشد؟ خیر بلی در صورت مثبت بودن توضیح دهید :

ایا به بیماریهای زیر دچار بوده و یا هستید؟

بیماری	بلی	خیر	بیماری	بلی	خیر	بیماری	بلی	خیر
۱ قلب			۶ سرطان			۱۱ هر نوع بیماری خونی		
۲ فشار خون			۷ ایدز			۱۲ بیماری روحی و عصبی		
۳ هر نوع تومور			۸ مرض قند			۱۳ هر نوع بیماری عفونی		
۴ مغز			۹ اعتیاد			۱۴ هر نوع بیماری تنفسی		
۵ غدد درون ریز			۱۰ بیماری های استخوان			۱۵ انواع هیپاتیت		

در صورت مثبت بودن پاسخ هر یک از سوالات فوق در این قسمت مشروحاً توضیح دهید :

در صورتیکه به بیماری های دیگری غیر از موارد ذکر شده مبتلا بوده و یا هستید توضیح دهید :

- چنانچه آزمایش خون انجام داده اید آیا در خون شما موارد غیر عادی دیده شده است؟ خیر بلی

- آیا بر اثر حادثه مصدوم شده اید؟ خیر بلی - آیا مورد عمل جراحی قرار گرفته اید؟ خیر بلی - آیا نقص عضو دارید؟ خیر بلی

- در صورت مثبت بودن پاسخ هر یک از سوالات فوق در این قسمت توضیح داده شود :

ایا در بین افراد خانواده شما (پدر ، مادر ، خواهر ، برادر ، همسر و فرزندان) کسی به سل ، سرطان ، بیماری های قلبی ، بیماری های غدد داخلی ، بیماری های خونی ،

مرض قند ، بیماری روحی و عصبی و صرع مبتلا بوده و یا می باشد؟ نام برده و توضیح دهید :

اینجانبان (بیمه گذار و بیمه شده) امضاء کنندگان این پیشنهاد اعلام می داریم که تمام جوابهایی که داده ایم کاملاً درست و عین واقع بوده و هیچ اطلاعی را که ممکن است موجب اشتباه بیمه پاسارگاد شود کتمان نکرده ایم و مطلعیم که هر گونه اظهار خلاف و خودداری از واقع گویی مجوز قانونی باطل شدن قرارداد بیمه عمر و از دست دادن مزایای این قرارداد خواهد شد . ضمناً شرکت بیمه پاسارگاد یا پزشکان معتمد آن شرکت اجازه دارند هر گونه اطلاعی را که راجع به وضع مزاجی و سلامت بیمه شده نیاز باشد کسب نمایند و این اطلاعات فقط جهت پذیرفتن یا تغییر نرخ بیمه مورد استفاده قرار می گیرد و در اختیار هیچ کس و یا هیچ دستگاهی گذاشته نخواهد شد .

تاریخ ، نام و امضاء بیمه گذار : تاریخ ، نام و امضاء بیمه شده : تاریخ ، مهر و امضاء نماینده :

۷- اظهار نظر اولیه کارشناس صدور بیمه نامه :

صدور بیمه نامه نیاز به معاینات و آزمایشات پزشکی دارد؟ خیر بلی

علت درخواست آزمایشات پزشکی : ۱- سرمایه بیمه نامه ۲- مسائل پزشکی ۳- سایر موارد

۸- نظریه پزشک معتمد شرکت بیمه :

صدور بیمه نامه با توجه به وضعیت پزشکی بیمه شده بدون اضافه نرخ مقدور می باشد؟ خیر بلی در صورتیکه جواب منفی است میزان اضافه نرخ چه ضریبی است؟

نظریه نهایی پزشک معتمد در مورد علت اضافه نرخ و سایر مسائل پزشکی :

تاریخ ، نام و امضاء پزشک معتمد :

۹- نظر نهایی کارشناس صدور بیمه نامه :

صدور بیمه نامه با توجه به مندرجات پیشنهاد و ضوابط بیمه نامه پلامانع است؟ خیر بلی نام و امضاء کارشناس صدور : تاریخ :

این پیشنهاد هیچ گونه تعهدی برای شرکت بیمه و بیمه گذار ایجاد نکرده و در صورت عدم انعقاد قرار داد هیچ نوع خسارتی قابل مطالبه نخواهد بود .

اعتبار بیمه عمر و تأمین آتیه از پرداخت اولین قسط حق بیمه و با صدور بیمه نامه شروع می گردد .