



شماره پیش نویس :
شماره بیمه نامه :

بسمه تعالی
پرمشش نامه و پیشنهاد بیمه نامه عمر و تأمین آتیه
(همراه با پوشش های تکمیلی)

تاریخ : / /
نام و کد نماینده :
نام و کد ملی یا کد نماینده فروش :

پیشنهاد دهنده محترم :

به کلیه پرمشش های این پیشنهاد بدون خط خوردگی پاسخ داده و هیچ سوالی را بدون پاسخ نگذارید زیرا صحت و کامل بودن آنها شرط اصلی اعتبار بیمه نامه عمر و تأمین آتیه ای است که براساس این پیشنهاد صادر می شود.

۱- مشخصات بیمه گذار (حداقل سن بیمه گذاران ۱۸ سال تمام باشد) :

حقوقی | نام : شماره ثبت : کد اقتصادی / شناسه ملی :

حقیقی | نام : نام خانوادگی : نام پدر : کد ملی :
تاریخ تولد : روز [] ماه [] سال [] محل تولد : محل صدور : شماره شناسنامه :
جنسیت : مرد [] زن [] ، وضعیت تأهل : مجرد [] متأهل [] : تعداد فرزندان : پسر [] دختر [] ، نسبت با بیمه شده : تحصیلات :
شغل اصلی و فرعی (لطفاً از عناوینی نظیر آزاد، کارگر، کارمندو نیز عنوان رشته تحصیلی خودداری نمایید) : درآمد ماهیانه : ریال
نشانی محل سکونت : کد پستی :
نشانی محل کار :
تلفن ثابت : تلفن همراه : نشانی الکترونیکی :

۲- مشخصات بیمه شده (حداکثر سن بیمه شده برای شروع بیمه نامه نباید از ۶۵ سال تمام تجاوز نماید) :

نام : نام خانوادگی : نام پدر : کد ملی :
تاریخ تولد : روز [] ماه [] سال [] محل تولد : محل صدور : شماره شناسنامه :
جنسیت : مرد [] زن [] ، وضعیت تاهل : مجرد [] متأهل [] : تعداد فرزندان : پسر [] دختر [] ، نسبت با بیمه گذار : تحصیلات :
شغل اصلی و فرعی (لطفاً از عناوینی نظیر آزاد، کارگر، کارمندو نیز عنوان رشته تحصیلی خودداری نمایید) : درآمد ماهیانه : ریال
بابت شغل خود در ارتفاع کار می کنم ؟ خیر [] بلی [] بابت شغل خود با برق فشار قوی کار می کنم ؟ خیر [] بلی []
نشانی محل سکونت : کد پستی :
نشانی محل کار :
تلفن ثابت : تلفن همراه : نشانی الکترونیکی :
قد : سانتی متر ، وزن : کیلوگرم

۳- مشخصات بیمه نامه و پوشش های تکمیلی مورد درخواست :

توان مالی پرداخت ماهانه در سال اول : ریال
مدت بیمه نامه : سال
مقصد سرمایه گذاری اندوخته بیمه نامه به انتخاب : بیمه پاسارگاد [] بیمه گذار []
توضیح : در صورت انتخاب گزینه ی "بیمه گذار" ، مقصد سرمایه گذاری را از بین مقاصد مشخص شده در آیین نامه شماره ۹۷ بیمه مرکزی ج.ا.ا. طبق فرم ضمیمه تعیین نمایید.
پرداخت حق بیمه منظم : سالانه [] شش ماهه [] سه ماهه [] ماهانه [] ، به مبلغ : ریال ، مجموع مبلغ قسط اول : ریال
نرخ سالانه افزایش حق بیمه : % (ثابت) [] %۰ [] %۳ [] %۵ [] %۷ [] %۱۰ [] %۱۵ [] %۲۰ [] %۲۵ [] %۳۰ [] %۴۰ [] %۵۰ []
ضریب سرمایه بیمه عمر در صورت فوت تا : ۱۲۰ [] ۱۵۰ [] ۱۸۰ [] ۲۱۰ [] ۲۴۰ [] ۲۷۰ [] ۳۰۰ [] ۳۳۰ [] ۳۶۰ [] برابر حق بیمه ماهانه
نرخ سالانه افزایش سرمایه فوت : % (ثابت) [] %۰ [] %۳ [] %۵ [] %۷ [] %۱۰ [] %۱۵ [] %۲۰ [] %۲۵ [] سرمایه فوت : ریال

پوشش های تکمیلی :

از کار افتادگی کامل و دائم	معافیت از پرداخت به میزان : %۵۰ [] %۱۰۰ [] حق بیمه
پرداخت سرمایه به میزان : %۱۰ [] %۲۵ [] %۴۰ [] سرمایه بیمه عمر ، حداکثر تا مبلغ ۶۰۰ میلیون ریال	
حادثه	فوت : ۱ [] ۲ [] ۳ [] برابر سرمایه بیمه عمر نقص عضو و از کارافتادگی : ۱ [] ۲ [] ۳ [] برابر سرمایه بیمه عمر هزینه پزشکی : %۵ [] %۱۰ [] سرمایه حادثه (فوت)
بیماری های خاص	سرمایه ابتلا به بیماری های خاص به میزان : %۱۰ [] %۲۰ [] %۳۰ [] سرمایه بیمه عمر ، حداکثر تا مبلغ ۶۰۰ میلیون ریال
آتش سوزی	ضریب سرمایه بیمه آتش سوزی منزل مسکونی : ۵۰۰ [] ۷۵۰ [] ۱۰۰۰ [] ۱۵۰۰ [] برابر حق بیمه ماهانه نشانی محل مورد بیمه (لطفاً آدرس منزل مسکونی همراه با شماره پلاک ، شماره واحد و کدپستی باشد. در صورت نداشتن شماره پلاک ، درج شماره کنتور آب ، برق یا کدپستی الزامی است) : پوشش خطرات اضافی زلزله و آتشفشان همراه با بیمه آتش سوزی [] نرخ افزایش سرمایه بیمه آتش سوزی : %۵ [] %۱۰ [] سایر خطرات اضافی پوشش حادثه زلزله و آتشفشان [] اعتصاب، شورش، بلوا []

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

بیمه گذار [] بیمه شده [] سایر [] : نام و نام خانوادگی : نام پدر : کد ملی : تاریخ تولد : نسبت :

۵- استفاده کننده از سرمایه بیمه در صورت فوت بیمه شده :

وراث قانونی به نسبت سهم الارث [] وراث قانونی به نسبت مساوی [] سایر (به شرح جدول زیر) []

ردیف	نام	نام خانوادگی (نام موسسه)	نام پدر	کد ملی	تاریخ تولد	نسبت با بیمه شده	درصد سهم	اولویت	شماره تماس (تلفن همراه)
۱									
۲									
۳									
۴									
۵									

نام و نام خانوادگی بیمه شده: شماره پیش نویس: شماره بیمه نامه:

۶- وضعیت سلامتی بیمه شده (کاملاً محرمانه):

وضعیت نظام وظیفه (مخصوص آقایان) : انجام خدمت معافیت پزشکی ماده بند معافیت غیر پزشکی سایر :
در صورت معافیت ، علت آن را شرح دهید (به انضمام کپی کارت معافیت) :

آیا رشته (های) ورزشی خاصی انجام می دهید ؟ خیر ، بلی : تفریحی حرفه ای نام ببرید :
در حال حاضر بیمه نامه عمر و بیمه نامه حوادث دیگری دارید ؟ خیر بلی (در صورت دارا بودن بیش از یک بیمه نامه ، سرمایه ها جمع گردد)

نوع بیمه (عمر)	شماره بیمه نامه	سرمایه بیمه	نام شرکت

نوع بیمه (حوادث)	شماره بیمه نامه	سرمایه بیمه	نام شرکت

لطفاً پاسخ ابتلا یا عدم ابتلا به بیماری های قید شده در جدول ذیل را مشخص فرمائید :

بیماری	خیر	بله
۱ قلب	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۲ فشار خون	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۳ هر نوع تومور	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۴ مغز	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۵ گوارشی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

بیماری	خیر	بله
۶ غدد داخلی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۷ سرطان	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۸ ایدز	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۹ دیابت	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۰ گوش و حلق و بینی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

بیماری	خیر	بله
۱۱ صرع (تشنج)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۲ استخوان	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۳ خونی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۴ روحی و عصبی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۵ چشمی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

بیماری	خیر	بله
۱۶ عفونی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۷ تنفسی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۸ انواع هیپاتیت وسل	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۹ کلیه و مجاری ادراری	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۲۰ پوستی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

در صورت مثبت بودن پاسخ هر کدام از پرسش های فوق ، نام کامل و علت بیماری ، زمان شروع آن ، نوع ، میزان و مدت زمان داروهای مصرف شده و وضعیت فعلی خود را قید نمائید و همچنین در صورت انجام عمل جراحی، زمان و علت مشخص را بنویسید و مدارک عمل جراحی(در صورت دارا بودن) ضمیمه نمایند .

در صورتی که به بیماری های دیگری غیر از موارد ذکر شده مبتلا بوده و یا هستید به طور کامل توضیح دهید :

آیا سیگار/مشروبات الکلی و مواد مخدر مصرف داشته یا می نمایید ؟ خیر بلی : میزان و مدت زمان مصرف :

سوالات مخصوص بانوان

آیا سابقه بیماری های خاص زنانه داشته اید ؟ خیر بلی (از صدور بیمه نامه برای بانوان باردار تا حداقل یک ماه پس از زایمان معذوریم) آیا سابقه زایمان داشته اید ؟ خیر بلی

چنانچه اخیراً 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 آیا سابقه بستری دارید؟ خیر بلی

(در صورت مثبت بودن پاسخ هر یک از پرسش ها، لطفاً توضیح دهید).....

آیا از موتورسیکلت جهت تردد استفاده می نمایید ؟ خیر بلی آیا طی شش ماه گذشته تغییرات وزنی (کاهش یا افزایش) داشته اید ؟ خیر بلی

آیا در خانواده شما (پدر، مادر، برادر، خواهر، همسر و فرزندان) فردی به بیماری های سل، سرطان، قلبی، غدد داخلی، خونی، مرض قند، روحی و عصبی و صرع مبتلا بوده و یا می باشد، نام برده و توضیح دهید :

اینجانبان (بیمه گذار و بیمه شده) امضاءکنندگان این پیشنهاد اعلام می داریم که تمام پاسخ هائی 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 هرگونه اظهار خلاف و خودداری از واقع گویی ، مجوز قانونی باطل شدن بیمه نامه عمر و از دست دادن مزایای این بیمه نامه خواهد شد. ضمناً شرکت بیمه پاسارگاد و پزشک معتمد آن شرکت اجازه دارند هرگونه 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 فرد حقیقی و یا حقوقی گذاشته نخواهد شد .

تاریخ...../...../..... نام و امضاء بیمه گذار :
تاریخ...../...../..... نام و امضاء بیمه شده :

امضاءکنندگان ضمن تأیید هویت بیمه شده و بیمه گذار مندرج در این پرسش نامه، سلامتی ظاهری بیمه شده را تأیید و گواهی می نمایند که پرسش نامه توسط بیمه گذار و بیمه شده تکمیل و امضاء شده است.

تاریخ...../...../..... مهر و امضاء نماینده /مدیرارشد/مدیرفروش
تاریخ...../...../..... نام و کدملی، امضاء نماینده فروش

۷- اظهار نظر اولیه کارشناس صدور بیمه نامه:

صدور بیمه نامه نیاز به معاینات و آزمایشات پزشکی دارد ؟ بلی خیر
علت درخواست آزمایشات پزشکی : سرمایه بیمه نامه مسائل پزشکی سایر موارد

میزان اضافه نرخ :

۸- نظریه پزشک معتمد شرکت بیمه (در صورت نیاز):

تاریخ، نام و امضاء پزشک معتمد

۹- نظریه نهایی کارشناس صدور بیمه نامه:

صدور بیمه نامه با توجه به مندرجات فرم پیشنهاد و قوانین و مقررات بیمه و بیمه گری بلامانع است ؟ بلی خیر

تاریخ، نام و امضاء کارشناس صدور

۱۰- نظر مدیریت (در صورت لزوم):

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

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