

متقاضی محترم، نظر به اینکه مفاد بیمه نامه و تعهدات بیمه گر بر مبنای اطلاعات ارائه شده در این فرم می باشد، خواهشمند است نسبت به ارائه باسخ صحیح و کامل به تمامی سوالات، در نهایت حسن نیت اقدام فرمائید. شایان ذکر است تکمیل این فرم پیشنهاد هیچگونه تعسیه‌ی را برای بیمه گر ایجاد نمی تمايد.

تاریخ تکمیل فرم پیشنهاد:

کد و نام معرف:

کد رایانه:

نام و نام خانوادگی:	نام پدر:	جنسیت: مرد <input checked="" type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/>
تاریخ تولد: / /	نامی محل سکونت: استان	آخرين مدرک تحصيلي:
وضعیت تأهل: متاهل <input checked="" type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/>	شهر	شغل بیمه‌شده با شرح کامل شغل:
کد ملی:	کد و تلفن منزل:	ساير مشاغل بیمه‌شده با شرح کامل شغل:
شماره شناسنامه:	تلفن همراه:	نام محل کار:
کد پستی:	درآمد تقریبی ماهانه:	آیا بیمه‌شده و بیمه‌گذار یکنی هستند؟ خیر <input checked="" type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/>
ریال	درآمد تقریبی ماهانه:	(در صورت مثبت بودن نیاز به تکمیل مشخصات بیمه‌گذار نمی باشد) نسبت با بیمه‌شده:
ریال		

نام و نام خانوادگی:	نام پدر:	جنسیت: مرد <input checked="" type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/>
تاریخ تولد: / /	کد ملی:	وضعیت تأهل: متاهل <input checked="" type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/>
شماره شناسنامه:	کد و تلفن منزل:	پست الکترونیک:
کد پستی:	تلفن همراه:	شهر
ریال	درآمد تقریبی ماهانه:	نشانی محل سکونت: استان
ریال	درآمد تقریبی ماهانه:	شهر
تاریخ ثبت:	شماره ثبت:	شغل بیمه‌گذار با شرح کامل شغل:
		سایر مشاغل بیمه‌گذار با شرح کامل شغل:
		نام محل کار:
		آیا بیمه‌گذار شخصیت حقوقی است، این قسمت تکمیل گردد:
		نام موسسه:
		موضوع فعلیت:
		تلفن:
		کد پستی:

حق بیمه سالانه:	ریال
سرمایه قوت سالانه:	ریال
مدت بیمه نامه:	سال
مبلغ انداخته اولیه:	ریال
نرخ تعدیل سالانه حق بیمه:	درصد(حداکثر ۵۰ درصد)
نرخ تعدیل سالانه سرمایه فوت:	درصد(حداکثر ۲۰ درصد)
روش برداخت حق بیمه:	
منتظر گردن پوشش‌ها در حق بیمه اولیه:	خیر <input checked="" type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/>

بوشش فوت بر اثر حادثه	خیر <input checked="" type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/>
بوشش نقض عفو دائم ناشی از حادثه	خیر <input checked="" type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/>
بوشش هزینه پزشکی ناشی از حادثه	خیر <input checked="" type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/>
بوشش معافیت از برداخت حق بیمه بر اثر از کارافتادگی کامل و دائم و یا فوت بیمه‌گذار	خیر <input checked="" type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/>
بوشش مستمری در صورت از کارافتادگی کامل و دائم (برداخت به صورت سالانه)	خیر <input checked="" type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/>
بوشش اعراض صعب العلاج و دریاقت سرمایه امراض تا سقف	خیر <input checked="" type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/>
در صورت حیات بیمه شده، ذینفع بیمه نامه شخص بیمه‌گذار است. مگر اینکه بیمه‌گذار جدول مربوط به حیات بیمه شده که در ذیل آمده است به صورت کثیف ذینفع بیمه نامه را تعیین کند. در صورت فوت بیمه شده ملاک برداخت خسارت بر اساس افراد تعیین شده در جدول زیر است و در صورت عدم تعیین افرادی، ذینفع بیمه‌نامه، وزات قانونی بیمه شده خواهد بود.	

ردیف	در صورت فوت	ردیف	در صورت حیات
ردیف	نام و نام خانوادگی	ردیف	نام و نام خانوادگی
۱			
۲			
۳			
۴			
ردیف	نام و نام خانوادگی	ردیف	نام و نام خانوادگی
۱			

آیا در حال حاضر بیمه عمر یا حادثه صادر شده، در جریان صدور و یا رد صدور دارید؟ در صورت مثبت بودن جدول ذیل وا تکمیل نمائید:	خیر <input checked="" type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/>
تو عیجات ادلیل صدور با عدم حدود	نمایشگر بیمه نامه

نکر: طبق مصوبات بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران در صورت عدم اطلاع بیمه گر از وجود چنین بیمه نامه هایی، بیمه گر می تواند از اینکه تمام یا بخشی از تعهدات خود خودداری نماید.

ردیف	سؤالات عمومی بیمه شده و بیمه‌گذار در صورت درخواست پوشش معافیت
۱	آیا از موتور سیکلت به عنوان راکب استفاده می کنید؟
۲	آیا ورزش را به صورت منظم انجام می دهید؟ (نوع و میزان ورزش)
۳	آیا دارای معافیت پزشکی از خدمات وظیفه هستید؟ در صورت مثبت بودن باسخ غلت فید گردد.

ردیف	سوالات پیشکنی بیمه شده و بیمه گذار در صورت درخواست پوشنش معافیت
۱	بیماری‌های قلب و عروق: سکته قلبی، انجام عمل بای پس، آنژوپلاستی (افزار دادن فر، بالون داگ)، آوریس، فشارخون و ...
۲	بیماری‌های دستگاه تنفسی: سلطان تنکی تنفس غایقی، آسم و ...
۳	بیماری‌های دستگاه خوارش: اتواع لوسمی‌ها، هموفیلی، ناسیم، سایقه تزیعی خون، خوربزی‌های بدون علت و ...
۴	بیماری‌های دستگاه کوارش: خوربزی‌های کوارشی، سلطان های دستگاه کوارش، بیماری‌های مری، معده، روده، کبد و کیسه‌ی صفرا، پانکراس و ...
۵	بیماری‌های اعصاب، روان و داخلی اعصاب: انسدادگی، سایقه خودکشی، سکته مغزی، نشیط و صرع، مشکلات حرکتی، آنژیر و دمان، ام اس و ...
۶	بیماری‌های سر و گردن: لاششوایی، نایپایی، نایوپایی، گاهش شنایی، گلوکوم، سرگیجه و ...
۷	بیماری‌های کلیه و مجرای ادراری - تناسلی: بیماری پروستات، دفع خون و با یوکتین در ادرار، سلک کلیه و هیسترکتونی، ماستکتونی، خوربزی‌های غیر طبیعی و ...
۸	بیماری‌های شدید داخلی: برگاری و یا گمکاری تیروئید، دیابت، تغییرات شدید وزن، افزایش چربی خون، کبد، بروپ و ...
۹	بیماری‌های پوست: وجود خال بزرگ با در حال وشد، خال تغییرنگی بالتفت، زخم طول کشیده، خوربزی زیر پوستی و ...
۱۰	بیماری‌های استخوان، عضلات و مفاصل: دردهای ستون فقرات، دیسک های ستون فقرات، بیماری‌های اسکلتی، عضلانی، مفاصل، روماتیسم و ...
۱۱	بیماری‌های عقاقی: سل، هپاتیت، حصبه، تب مالت، مازایدا، ایدز، کیست هیداتیک و ...
۱۲	آیا در یک سال گذشته به هر علتی به پزشک مردمخواه گردد؟
۱۳	آیا در طول زندگی خود در بیمارستان بستری شده‌اید؟ تابحال عمل جراحتی داشته‌اید؟
۱۴	آیا هارای نقص عضو و یا از کارافتادگی می‌باشد؟
۱۵	فقط مربوط به بالوان در حال حاضر باردار هستید؟ اگر بدلی ماه چشم بارداری هستید؟
۱۶	آیا سابقه ایمنی با عارضه دیگر که در سوالات بالا ذکر شده است را دارید؟ توضیح دهد؟
۱۷	آیا سابقه مصرف هرگونه سیگار، مواد دخانی، قلیان و یا مواد مخدر، روغنگران، متریوپات‌الکلی را دارد و یا داشته‌اید؟ (میزان مصرف)

بیمه شده: قد:	سانتی متر، وزن:	کیلوگرم - کاهش افزایش وزن در سه ماهه گذشته	۱۸
بیمه گذار: قد:	سانتی متر، وزن:	کیلوگرم - کاهش افزایش وزن در سه ماهه گذشته	
۱۹ آیا دارو یا داروهای وجود دارد که هر روز برای کنترل بیماری مصرف کنید؟			
بیمه شده: نام بیماری:	تاریخ شروع بیماری:	داروهای مصرفی:	
بیمه گذار: نام بیماری:	تاریخ شروع بیماری:	داروهای مصرفی:	
بیمه شده: آیا پدر و مادر شما هردو در قيد حیات هستند؟ بیمه شده: بله خیر	بیمه شده: بله خیر	بیمه شده: آنکه در قید حیات نیستند، در چه سنی و به چه علت، فوت کرده‌اند؟	۲۰
بیمه شده: سن فوت پدر:	سال	علت فوت پدر:	
بیمه شده: سن فوت مادر:	سال	علت فوت مادر:	
بیمه گذار: سن فوت پدر:	سال	علت فوت پدر:	
بیمه گذار: سن فوت مادر:	سال	علت فوت مادر:	
۲۱ آیا در بین افراد خانوادگی درجه یک بیمه شده، سابقه بیماری موروثی و زمینه‌ای وجود دارد؟ (در صورت مثبت بودن، توضیح دهد): بله خیر			

بدینوسیله، اینجانبان به عنوان بیمه‌گذار و بیمه‌شده تأیید می‌نماییم که این بیمه‌گذار را با اطلاع کامل از شرایط و مقررات بیمه‌نامه طرح جامع عمر و سرمایه‌گذاری سپهر تکمیل نموده، تقاضای صدور بیمه‌نامه را داریم و اسلام می‌کنیم که تمام پاسخ‌هایی که در این پرسشنامه آورده شده است، کاملاً درست بوده و هرگونه اظهار خلاف واقع و خودداری از بیان آنچه که درباره وضع سلامتی بیمه‌شده می‌دانیم، به موجب ماده ۱۲ قانون بیمه می‌باشد ابطال و سلب مزایای بیمه‌نامه شود.

نام و نام خانوادگی بیمه‌گذار / تاریخ امضاء نام و نام خانوادگی بیمه‌شده / اویی یا قلم بیمه‌شده / تاریخ امضاء

سوالات مربوط به عاملین فروش: بدین وسیله گواهی می‌نماییم که بیمه‌گذار و بیمه‌شده (ولی قانونی) قسم مطالعه کلیه شرایط بیمه‌نامه اقدام به تکمیل و امضا فرم پیشنهاد نموده است، همچنین متعهد می‌شوم بیمه‌گذار و بیمه‌شده به رویت اینجانب رسیده و از کلیه مقاد مندرج در فرم پیشنهاد مطلع می‌باشد.

نام و نام خانوادگی سرپرست فروش / تاریخ / مهر و امضاء نام و نام خانوادگی معرف / تاریخ / مهر و امضاء

ناظرینهای کارشناس صدور:

نظرپرداز معتمد شورک:

امضاء و تاریخ:

مهر و امضاء پزشک معتمد / تاریخ