

مقتضای 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 پاسخ صحیح و کامل به تمامی سئوالات، در نهایت حسن نیت اقدام فرمائید. شایان ذکر است تکمیل این فرم پیشنهاد هیچگونه تعهدی را برای بیمه گر ایجاد نمی نماید.

کد رایانه: کد و نام معرف: تاریخ تکمیل فرم پیشنهاد:

نام و نام خانوادگی: .....		نام پدر: .....	
تاریخ تولد: / /	کد ملی: .....	شماره شناسنامه: .....	پست الکترونیک: .....
جنسیت: <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن	وضعیت تاهل: <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/> مجرد	تلفن همراه: .....	کد پستی: .....
نشانی محل سکونت: استان	شهر	تلفن منزل: .....	شغل بیمه شده با شرح کامل شغل: .....
آخرین مدرک تحصیلی: .....	کد و تلفن منزل: .....	درآمد تقریبی ماهانه: .....	سایر مشاغل بیمه شده با شرح کامل شغل: .....
نام محل کار: .....	نشانی و تلفن محل کار: .....	درآمد تقریبی ماهانه: .....	نام محل کار: .....

آیا بیمه شده و بیمه گذار یکی هستند؟  خیر  بله (در صورت مثبت بودن نیاز به تکمیل مشخصات بیمه گذار نمی باشد) نسبت با بیمه شده: .....

نام و نام خانوادگی: .....		نام پدر: .....	
تاریخ تولد: / /	کد ملی: .....	شماره شناسنامه: .....	پست الکترونیک: .....
جنسیت: <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن	وضعیت تاهل: <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/> مجرد	تلفن همراه: .....	کد پستی: .....
نشانی محل سکونت: استان	شهر	تلفن منزل: .....	شغل بیمه گذار با شرح کامل شغل: .....
آخرین مدرک تحصیلی: .....	کد و تلفن منزل: .....	درآمد تقریبی ماهانه: .....	سایر مشاغل بیمه گذار با شرح کامل شغل: .....
نام محل کار: .....	نشانی و تلفن محل کار: .....	درآمد تقریبی ماهانه: .....	نام محل کار: .....
نام موسسه: .....	موضوع فعالیت: .....	تاریخ ثبت: .....	کد پستی: .....

حق بیمه سالانه: .....	ریال
سرمایه فوت سالانه: .....	ریال
مدت بیمه نامه: .....	سال
مبلغ اندوخته اولیه: .....	ریال

نرخ تعدیل سالانه حق بیمه: درصد (حداکثر ۵۰ درصد)  
 نرخ تعدیل سالانه سرمایه فوت: درصد (حداکثر ۲۰ درصد)  
 روش پرداخت حق بیمه: منظور کردن پوشش ها در حق بیمه اولیه:  بله  خیر

پوشش فوت بر اثر حادثه  بله  خیر

پوشش نقص عضو دائم ناشی از حادثه  بله  خیر

پوشش هزینه پزشکی ناشی از حادثه  بله  خیر

پوشش معافیت از پرداخت حق بیمه بر اثر از کارافتادگی کامل و دائم و یا فوت بیمه گذار  بله  خیر

پوشش مستمری در صورت از کارافتادگی کامل و دائم (پرداخت به صورت سالانه)  بله  خیر

پوشش امراض صعب العلاج و دریافت سرمایه امراض تا سقف  بله  خیر

۱ برابر سرمایه فوت  بله  خیر  
 ۲ برابر سرمایه فوت  بله  خیر  
 ۳ برابر سرمایه فوت  بله  خیر

تلف: درصد فوت حادثه (حداکثر ۱۰٪ سرمایه فوت حادثه)  
 ۱ برابر حق بیمه اصلی سالانه  بله  خیر  
 ۲ برابر حق بیمه اصلی سالانه  بله  خیر  
 ۳ برابر حق بیمه اصلی سالانه  بله  خیر

در صورت حیات بیمه شده، ذینفع بیمه نامه شخص بیمه گذار است. مگر اینکه بیمه گذار در جدول مربوط به حیات بیمه شده که در ذیل آمده است به صورت کتبی ذینفع بیمه نامه را تعیین کند. در صورت فوت بیمه شده ملاک پرداخت خسارت بر اساس افراد تعیین شده در جدول زیر است و در صورت عدم تعیین افرادی، ذینفع بیمه نامه، وراث قانونی بیمه شده خواهد بود.

ردیف	در صورت فوت	نام و نام خانوادگی	نام پدر	کد ملی	تاریخ تولد	نسبت با بیمه شده	درصد سهم
۱							
۲							
۳							
۴							

آیا در حال حاضر بیمه عمر یا حادثه صادر شده، در جریان صدور و یا رد صدور دارید؟ در صورت مثبت بودن جدول ذیل را تکمیل نمائید:

تاریخ خرید	نام شرکت بیمه	شماره بیمه نامه	سرمایه فوت (ریال)	توضیحات / دلیل صدور یا عدم صدور

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

ردیف	سئوالات عمومی بیمه شده و بیمه گذار	بله	خیر
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 خدمت وظیفه هستید؟ در صورت مثبت بودن پاسخ متذکرید.		

ردیف	سوالات پزشکی بیمه‌شده و بیمه‌گذار در صورت درخواست پوشش معافیت		بیمه‌گذار	
	بله	خیر	بله	خیر
۱				
۲				
۳				
۴				
۵				
۶				
۷				
۸				
۹				
۱۰				
۱۱				
۱۲				
۱۳				
۱۴				
۱۵				
۱۶				
۱۷				

۱۸. بیمه‌شده: قد: سانتی متر، وزن: کیلوگرم - کاهش/افزایش وزن در سه ماهه گذشته  
 بیمه‌گذار: قد: سانتی متر، وزن: کیلوگرم - کاهش/افزایش وزن در سه ماهه گذشته

۱۹. آیا دارو یا داروهایی وجود دارد که هر روز برای کنترل بیماری مصرف کنید؟

بیمه‌شده: نام بیماری: داروهای مصرفی: تاریخ شروع بیماری: وضعیت فعلی بیماری:  
 بیمه‌گذار: نام بیماری: داروهای مصرفی: تاریخ شروع بیماری: وضعیت فعلی بیماری:

۲۰. آیا پدر و مادر شما هر دو در قید حیات هستند؟ بیمه‌شده: بله  خیر  بیمه‌گذار: بله  خیر  اگر در قید حیات نیستند، در چه سنی و به چه علت فوت کرده‌اند؟

بیمه‌شده:	سن فوت پدر:	سال:	علت فوت پدر:	بیمه‌گذار:	سن فوت پدر:	سال:	علت فوت پدر:

۲۱. آیا در بین افراد خانواده درجه یک بیمه شده، سابقه بیماری موروثی و زمینه‌ای وجود دارد؟ (در صورت مثبت بودن، توضیح دهید): بله  خیر

بدینوسیله، اینجانبان به عنوان بیمه‌گذار و بیمه‌شده تأیید می‌نمایم که این پیشنهاد را با اطلاع کامل از شرایط و مقررات بیمه‌نامه طرح جامع عمر و سرمایه‌گذاری سپهر تکمیل نموده، تقاضای صدور بیمه‌نامه را داریم و اعلام 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 باعث ابطال و سلب مزایای بیمه‌نامه شود.

نام و نام خانوادگی بیمه‌گذار / تاریخ امضاء ..... نام و نام خانوادگی بیمه‌شده/تاریخ امضاء .....

سوالات مربوط به عاملین فروش: بدین وسیله گواهی می‌نمایم که بیمه‌گذار و بیمه‌شده (ولی قانونی) ضمن مطالعه کلیه شرایط بیمه‌نامه اقدام به تکمیل و امضای فرم پیشنهاد نموده‌است، همچنین متعهد می‌شوم بیمه‌گذار و بیمه‌شده به رویت اینجانب رسیده و از کلیه مفاد مندرج در فرم پیشنهاد مطلع می‌باشند.

نام و نام خانوادگی سرپرست فروش / تاریخ امهر و امضاء ..... نام و نام خانوادگی معرف / تاریخ امهر و امضاء .....

نظر پزشک معتمد شرکت:	نظرنهایی کارشناس صدور:
مهر و امضاء پزشک معتمد / تاریخ:	امضاء و تاریخ: