



## فرم پیشنهاد صدور بیمه نامه جامع عمر و پس انداز



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

تاریخ تکمیل: ..... / ..... / .....

(این فرم لازم است بدون خط خودگی توسط بیمه گزار و بیمه شده تکمیل گردد.)

کد رایانه

نام خانوادگی / نام شرکت:					
نام :					
تاریخ تولد :	..... شماره شناسنامه: ..... جنسیت: زن <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/>				
شماره ملی (حقیقی)/اکد اقتصادی(حقوقی):	..... شماره ثبت: ..... محل تولد: ..... شغل: ..... وضعیت تأهل: مجرد <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/>				
تلفن ثابت:	..... کد پستی: ..... تلفن همراه: ..... کد پستی: ..... شماره پرسنلی: ..... کوچه: ..... خیابان: ..... کوچه: ..... خیابان: ..... کوچه: ..... خیابان: ..... پست الکترونیکی: ..... پست الکترونیکی: ..... پست الکترونیکی: ..... پست الکترونیکی: ..... @				

مسح صفات  
بیمه گزار

نام خانوادگی :					
نام :					
تاریخ تولد :	..... شماره شناسنامه: ..... جنسیت: زن <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/>				
شماره ملی :	..... محل تولد: ..... شغل: ..... وضعیت تأهل: مجرد <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/>				
تلفن ثابت:	..... کد پستی: ..... تلفن همراه: ..... کد پستی: ..... شماره پرسنلی: ..... کوچه: ..... خیابان: ..... کوچه: ..... خیابان: ..... کوچه: ..... خیابان: ..... پست الکترونیکی: ..... پست الکترونیکی: ..... پست الکترونیکی: ..... پست الکترونیکی: ..... @				

مسح صفات  
بیمه شده

۱- روش پرداخت حق بیمه :	..... دوازده قسط ماهه <input type="checkbox"/> شش قسط سه ماهه <input type="checkbox"/> چهار قسط سه ماهه <input type="checkbox"/> سالانه <input type="checkbox"/> یکجا <input type="checkbox"/> دو قسط شش ماهه <input type="checkbox"/>				
۴- میزان افزایش سالانه حق بیمه در سال آتی:	ریال <input type="text"/> % ۲۰ <input type="checkbox"/> % ۱۵ <input type="checkbox"/> % ۱۰ <input type="checkbox"/> % ۵ <input type="checkbox"/> ثابت <input type="checkbox"/>	۳- حق بیمه سالانه:	ریال <input type="text"/>	۲- حق بیمه قسط لول:	ریال <input type="text"/>
۷- میزان افزایش سالانه سرمایه فوت در سال آتی:	ریال <input type="text"/> % ۱۵ <input type="checkbox"/> % ۱۰ <input type="checkbox"/> % ۵ <input type="checkbox"/> ثابت <input type="checkbox"/>	۶- سرمایه فوت بیمه شده از یک تا ۵ برابر حق بیمه سالانه از یک تا ۵ برابر حق بیمه یکجا		۵- مدت بیمه نامه :	سال <input type="text"/> از ۵ تا ۳۰ سال
ندارد <input type="checkbox"/> دارد: ( یک برابر <input type="checkbox"/> دو برابر <input type="checkbox"/> سه برابر <input type="checkbox"/> سرمایه فوت ) ندارد <input type="checkbox"/> دارد: ( <input type="checkbox"/> % ۵ <input type="checkbox"/> % ۱۰ <input type="checkbox"/> % ۱۵ <input type="checkbox"/> سرمایه فوت )	ندارد <input type="checkbox"/> دارد: ( از این خطرات ذیل در شرایط عمومی حوادث شخصی پوشش های تکمیلی مندرج در ردیف های ۹، ۸ و ۱۰ استثناء می باشد )	۸- فوت بیمه شده در اثر حادثه: نقص عضو و از کارافتادگی دائم (کلی و جزئی) بیمه شده در اثر حادثه : هزینه پزشکی ناشی از حادثه معادل ۱۰٪ سرمایه فوت در اثر حادثه تاسقف ۲۰۰ میلیون ریال:	هزینه پزشکی ناشی از حادثه معادل ۱۰٪ سرمایه فوت در اثر حادثه تاسقف ۲۰۰ میلیون ریال:	توجه: بیمه شده محترم، نظر به اینکه خطرات ذیل در شرایط عمومی حوادث شخصی پوشش های تکمیلی مندرج در ردیف های ۹، ۸ و ۱۰ استثناء می باشد، در صورت تمایل و پرداخت حق بیمه مربوطه، این موارد نیز تحت پوشش بیمه ای قرار گرفته و جزء تهدیدات بیمه گر محسوب خواهد شد:	زلزله <input type="checkbox"/> هدایت موتور سیکلت <input type="checkbox"/> ورزش های حرפה ای <input type="checkbox"/> رشته ورزشی: ..... و مدت تمرين: ..... در هفته
۱۲- پوشش تکمیلی معافیت از پرداخت حق بیمه در اثر از کارافتادگی دائم بیمه شده:	دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>	۱۱- پوشش تکمیلی معافیت از پرداخت حق بیمه در اثر از کارافتادگی دائم و دائم بیمه شده:	دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>	۱۲- پوشش تکمیلی معافیت از پرداخت حق بیمه در اثر فوت و یا ز کارافتادگی در اثر حادثه بیمه گزار (حامی):	دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>
۱۵- واریز اضافی به اندوخته(*): ..... ریال	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	۱۴- حق بیمه پوشش های تکمیلی از حق بیمه سالانه برداشت شود؟			

مسح صفات  
بیمه نامه مورد در حواس

توجه: "در صورت عدم پرداخت حق بیمه، در سرسری مقرر بمنظور برقراری پوشش های بیمه ای، هزینه پوشش فوت و سایر پوشش های تکمیلی انتخاب شده از محل اندوخته بیمه نامه کسر خواهد شد."

در صد سهم	نسبت با بیمه شده	نام پدر	شماره شناسنامه	تاریخ تولد روز / ماه / سال	شماره ملی	نام و نام خانوادگی	در صورت حیات بیمه شده
۱۰۰							۱
							۲
							۳
							۴

استفاده کنندگان

۱- آیاتاکنون بیمه عمر و بیمه حادثه اندوخته افرادی خریداری کرده اید؟ خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> بله، در حال حاضر بیمه نامه معتبر دارم <input type="checkbox"/> بله، تمام شده است <input type="checkbox"/> در صورت مثبت بودن پاسخ سرمایه پوشش حادثه <input type="checkbox"/> سرمایه بیمه عمر <input type="checkbox"/> سرمایه بیمه گر <input type="checkbox"/> شماره بیمه نامه	نام شرکت بیمه گر <input type="text"/>
۲- آیا در حال حاضر پیشنهاد بیمه عمر و بیمه حادثه اندوخته افرادی در جریان صدور دارد؟ خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> بله در صورت مثبت بودن پاسخ سرمایه پوشش حادثه <input type="checkbox"/> سرمایه بیمه عمر <input type="checkbox"/> سرمایه بیمه گر <input type="checkbox"/> نام شرکت بیمه گر	نام شرکت بیمه گر <input type="text"/>
۳- آیا تا کنون 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 ایفا تمام یا بخشی از تعهدات خود خودداری نماید )	.....

تذکر: بیمه شده ای

(\*) بیمه گزاران می توانند مبالغی را به عنوان واریز اضافی به اندوخته (حداقل ۵۰۰۰،۵ ریال) علاوه بر حق بیمه اصلی به حساب بیمه نامه خود واریز نمایند و این مبلغ و سود حاصله در طول مدت قرارداد مطابق شرایط عمومی و دستور العمل اجرایی مربوطه قابل برداشت خواهد بود.

بقیه در پشت صفحه

تهران - خیابان آیت الله طالقانی - بین خیابان ولیعصر (عج) و خیابان حافظ - پلاک ۴۰۴ - کد پستی ۱۵۹۱۸۱۵۹۵۴ - تلفن: ۰۲۱-۶۶۴۰۹۹۱۲ - سامانه اطلاع رسانی: ۸۷۰۷ - WWW.BIMEHASIA.COM



توجه: لازم است سوالات ذیل که درخصوص سوابق پزشکی "بیمه شده" می‌باشد، توسط ایشان یا بیمه‌گزار پاسخ داده شود:



در صورت اظهار خلاف واقع، مطابق شرایط عمومی مشمول کتمان حقایق تلقی خواهد شد.

۱- آیا سابقه ابتلا به بیماری های ذیل را داشته اید؟ با قيد علامت مشخص فرمائید :

<input type="checkbox"/> پوست :	<input type="checkbox"/> بله <input checked="" type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> هپاتیت:	<input type="checkbox"/> بله <input checked="" type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> سکته مغزی:	<input type="checkbox"/> بله <input checked="" type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> داخلی :	<input type="checkbox"/> بله <input checked="" type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> قلب و عروق :	<input type="checkbox"/> بله <input checked="" type="checkbox"/> خیر
<input type="checkbox"/> روحی و روانی:	<input type="checkbox"/> بله <input checked="" type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> سل :	<input type="checkbox"/> بله <input checked="" type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> تشنج :	<input type="checkbox"/> بله <input checked="" type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> غدد داخلی:	<input type="checkbox"/> بله <input checked="" type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> دستگاه تنفسی:	<input type="checkbox"/> بله <input checked="" type="checkbox"/> خیر
<input type="checkbox"/> استخوان و مفاصل:	<input type="checkbox"/> بله <input checked="" type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بیماری عفونی:	<input type="checkbox"/> بله <input checked="" type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> صرع:	<input type="checkbox"/> بله <input checked="" type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> کلیه و مجاری اداری:	<input type="checkbox"/> بله <input checked="" type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> فشارخون :	<input type="checkbox"/> بله <input checked="" type="checkbox"/> خیر
<input type="checkbox"/> بیماری خونی:	<input type="checkbox"/> بله <input checked="" type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> چشم :	<input type="checkbox"/> بله <input checked="" type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> مغز و عصب :	<input type="checkbox"/> بله <input checked="" type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> سلطان :	<input type="checkbox"/> بله <input checked="" type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بیماری خونی:	<input type="checkbox"/> بله <input checked="" type="checkbox"/> خیر
<input type="checkbox"/> اختلال حرکتی:	<input type="checkbox"/> بله <input checked="" type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> گوش و حلق و بینی:	<input type="checkbox"/> بله <input checked="" type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بیماریهای واگیردار:	<input type="checkbox"/> بله <input checked="" type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> دستگاه گوارش:	<input type="checkbox"/> بله <input checked="" type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> نوع بیماری قند:	<input type="checkbox"/> بله <input checked="" type="checkbox"/> خیر

۲- در صورت ابتلا به هر یک از بیماری‌های فوق و یا هر نوع بیماری دیگر، نام و تاریخ ابتلا به بیماری و نام پزشک معالج خود را اعلام فرمایید سوابق بیماری و مدارک پزشکی ضمیمه شود.

۳- آیا از افراد خانواده شما (پدر- مادر- خواهر- برادر- همسر- فرزندان) کسی سابقه بیماری‌های فوق الذکر را داشته‌اند؟  خیر  بله

در صورت مثبت بودن پاسخ، نوع بیماری، نسبت فرد بیمار و سن وی را ذکر نمایید :

۴- آیا نقص عضوی دارد؟  خیر  بله  چنانچه دارای هرگونه نقص عضوی می‌باشد با ذکر علت و درصد عنوان نمائید:

۵- آیا تا به حال در بیمارستان یا مراکز درمانی بستری شده اید؟  خیر  بله

۶- آیا تا حال تحت عمل جراحی قرار گرفته‌اید؟  خیر  بله  نوع عمل جراحی و نتیجه آن را ذکر فرمایید. شرح عمل و گزارش پاتولوژی ضمیمه شود.

۷- آیا در ۶ ماهه گذشته کاهش یا افزایش وزن داشته‌اید؟  خیر  بله  در صورت مثبت بودن پاسخ، میزان و علت آن را ذکر فرمائید :

۸- آیا دارویی را به طور مستمر استفاده می‌نمایید؟  خیر  بله  لطفاً نام دارو و میزان مصرف در ۲۴ ساعت را اعلام فرمایید.

۹- آیا از افراد خانواده شما (پدر- مادر- خواهر- برادر- همسر- فرزندان) در سن کمتر از ۶۵ سالگی بعلت بیماری فوت شده‌اند؟  خیر  بله  علت فوت؟

۱۰- آیا از سیگار/ پیپ/ قلیان استفاده کرده یا می‌کنید؟  خیر  بله  میزان و مدت مصرف آن؟

۱۱- (در صورتیکه بیمه شونده آقا باشد): آیا از معافیت پزشکی در خدمت نظام وظیفه استفاده کرده اید؟  خیر  بله  علت آن را توضیح دهید؟

۱۲- **قد بیمه شده**  وزن بیمه شده

۱۳- نام بیمه‌های درمانی که تحت پوشش آن هستید را اعلام فرمایید :

۱۴- (در صورتیکه بیمه شده خانم باشد): آیا باردار هستید؟  خیر  بله  (در صورت مثبت بودن، ضمن ذکر ماه بارداری؛ از مرکز مجوز اخذ شود)

مشتری گرامی در صورت پذیرش درخواست شما و تخصیص کد رهگیری (شناسه) بانکی و واریز اولین قسط حق بیمه بحساب بیمه آسیا به شماره ۲۰۰۲۰۰۰/۲۴ نزد بانک ملت، از ساعت ۲۴ روز واریز، بیمه نامه شما با استناد به فیش نقدی واریزی معتبر بوده و شما به خانواده بزرگ بیمه‌گزاران عمر بیمه آسیا خواهید پیوست.

نحوه پذیرش  
بازخواهی  
بیمه شده

#### اخذ امراضی شخص بیمه شده زامی است در غیر اینصورت طبق ماده ۲۳ قانون بیمه، بیمه نامه باطل می‌باشد.

اینجانبان بعنوان بیمه‌گزار و بیمه شده **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 قرارداد و سلب مزایای بیمه نامه می‌شود و ضمن اطلاع کامل از حدود تعهدات خود و بیمه گر و نیز ارزش بازخرید بیمه نامه، تقاضای صدور آنرا داریم .

۱- نام بیمه‌گزار : ..... تاریخ وامضاء ..... ۲- نام بیمه شده: ..... تاریخ وامضاء .....

اینجانب شخصاً بیمه‌گزار و نیز بیمه شده راملات نموده ضمن **احراز هویت** ایشان و ارائه اطلاعات کافی درباره شرایط بیمه‌نامه و تعهدات وارزش بازخرید آن، صحت اظهارات ارائه شده، امضاء و سلامتی بیمه شده و بیمه‌گزار را تأیید می‌نمایم . همچنین مسئولیت رعایت ضوابط و دستورالعمل ها متوجه این نمایندگی می‌باشد . رونوشت شناسنامه و کارت ملی بیمه‌گزار، بیمه شده و استفاده‌کننده (گان) به پیوست می‌باشد .

تاریخ، نام و امضاء بازارياب ..... نام نمایندگی: ..... کد نمایندگی: ..... تاریخ، مهر و امضاء نماینده

با توجه به اطلاعات ذکر شده در این پیشنهاد؛ صدور بیمه نامه نیاز به آزمایش های پزشکی دارد؟  خیر  علت درخواست آزمایش های پزشکی : سن بیمه شده و سرمایه بیمه نامه  مسائل پزشکی  سایر موارد :

نحوه پذیرش  
بازخواهی  
بیمه شده

#### سوابق پزشکی بیمه شده بررسی گردید و پذیرش ایشان :

۱- نیاز به آزمایش تکمیلی دارد:  بله  خیر  ۲- منع پزشکی دارد:  بله  خیر  ۳- با اضافه نرخ پزشکی: ..... بلامانع است.

نحوه پذیرش  
بازخواهی  
بیمه شده

امضاء و مهر پزشک تاریخ: ..... نام پزشک معتمد: ..... (درج علت و توضیح توسط پزشک معتمد زامی است)

۱- رونوشت شناسنامه/کارت ملی ضمیمه پیشنهاد می‌باشد:  بله  خیر  ۲- با توجه به اطلاعات مندرج در سوابق بیمه‌ای بیمه شده : - حق بیمه بیمه‌نامه قبلی بطور مرتباً پرداخت شده است؟  بله  خیر  ۳- سابقه خسارت: دارد  ندارد  ۴- منع مقرر اتی: دارد  ندارد  ۵- با توجه به اطلاعات پرسشنامه، با لحاظ اضافه نرخ: - قدو وزن:  سوابق خانوادگی:  پزشکی:  با مجموع کل اضافه نرخ:  صدور بیمه‌نامه بلامانع است.

نحوه پذیرش  
بازخواهی  
بیمه شده

توضیح: ..... کد واحد صدور: ..... نام ..... مهر و امضاء رئیس شعبه

امضاء مسئول صدور عمرو و پس انداز