



(سهامی عام)

شماره ثبت ۲۰۰۷۲۲

شناسه مدرک: PI-2770-FR-110

شماره بازنگری: 01

فرم پیشنهاد بیمه نامه مستمري و مکمل بازنشتگي

پیشنهاد دهنده گرامی، خواهشمند است به همه پرسش های درج شده در این فرم با صداقت و به صورت کامل و خوانا پاسخ داده و سپس امضاء فرمایید. شرط اصلی اعتبار بیمه نامه در صورت صدور، صحت اطلاعات درج شده در این فرم و پاسخ های شما بوده و به آن استناد خواهد شد. همچنین تکمیل این فرم هیچ تعهدی را برای بیمه گر ایجاد نمی نماید.

مشخصات بیمه گزار	نام / نام موسسه:	نام خانوادگی:
	کد ملی / شناسه ملی:	شماره شناسنامه:
	تاریخ تولد / تاریخ ثبت:	نام پدر:
	محل صدور شناسنامه:	محل تولد:
شغل اصلی:	شغل فرعی:	جنسیت: ☐ مرد ☐ زن
نشانی: استان:	نشانی: شهر:	وضعیت تاهل: ☐ متاهل ☐ مجرد
کد پستی:	تلفن تماس: (با ذکر کد شهر)	تحصیلات:
		(عناوین شغلی مانند آزاد، کارگر، کارمند، عنوان رشته تحصیلی و ... مورد قبول نمی باشد.)
		تلفن همراه:
		نسبت با بیمه شده: ☐ خود شخص ☐ سایر:

مشخصات بیمه شده (گیرنده مستمري)	نام:	نام خانوادگی:
	کد ملی:	شماره شناسنامه:
	تاریخ تولد / ثبت:	نام پدر:
	محل صدور شناسنامه:	محل تولد:
شغل اصلی:	شغل فرعی:	جنسیت: ☐ مرد ☐ زن
نشانی: استان:	نشانی: شهر:	وضعیت تاهل: ☐ متاهل ☐ مجرد
کد پستی:	تلفن تماس: (با ذکر کد شهر)	تحصیلات:
		(عناوین شغلی مانند آزاد، کارگر، کارمند، عنوان رشته تحصیلی و ... مورد قبول نمی باشد.)
		تلفن همراه:

بیمه نامه مستمري مشخصات	مستمري مادام العمر ☐	مدت تضمين: سال (در صورت درخواست حداقل ۵، حداکثر ۳۰ سال)
	☐ مستمري مدت معين قطعی	برگشت حق بیمه یکجا بعد از ۳۰ سال تضمين: ☐ بله ☐ خير (در صورتی که برگشت حق بیمه بله انتخاب گردد مدت تضمين می بایست حداقل ۳۰ سال باشد.)
	حق بیمه	روش پرداخت: ☐ یکجا
	روش پرداخت مستمري	پرداخت مستمري منظم به روش: ☐ سالانه ☐ شش ماهه ☐ سه ماهه ☐ ماهانه
		درصد افزایش سالانه مستمري: ☐ ۰٪ (ثابت) ☐ ۵٪ ☐ ۱۰٪

پوشش های اضافی	☐ فوت به هر علت با سرمایه ریال.	☐ فوت در اثر حادثه با سرمایه ریال.
	درصد افزایش سرمایه پوشش های بیمه ای: ☐ ۰٪ (ثابت) ☐ ۵٪ ☐ ۱۰٪	نحوه محاسبه حق بیمه پوشش های بیمه ای: ☐ یکجا ☐ سالانه

اولویت	درصد سهم	نسبت با بیمه شده	محل تولد	تاریخ تولد			شماره شناسنامه	کد ملی	نام پدر	جنسیت	نام و نام خانوادگی	وضعیت فوت بیمه شده	گیرنده مستمري	مشخصات ذی نفعان
				روز	ماه	سال								
												در صورت فوت بیمه شده در مدت تضمين (به استثنای وراث قانونی)		
												در صورت فوت بیمه شده در مدت معين		

نام بیمه گزار / مهر موسسه / تاریخ و امضاء:	نام بیمه شده، تاریخ و امضاء:	کد نمایندگی / کارگزاری:
		مهر، امضاء و نام معرف (نمایندگی):
		تاریخ: / /



شناسه مدرک: PI-2770-FR-110
شماره بازنگری: 01

فرم پیشنهاد بیمه نامه مستمری و مکمل بازنشستگی

(سهامی عام)

شماره ثبت ۲۰۰۷۲۲

حساب بیمه شده	اعلام شماره	خواهشمند است ترتیبی اتخاذ فرمایید مستمری اینجانب به شماره ملی به شماره حساب بانکی بانک																	
		شعبه کد شعبه و شماره شبا زیر واریز گردد.																	
1. گیرنده اقساط بیمه نامه مستمری، در زمان حیات بیمه شده، شخص ایشان می باشد و در صورت فوت بیمه شده در مدت تضمین ذی نفع ایشان می باشد. 2. در صورت فوت بیمه شده، مراتب ظرف حداکثر ۱۰ روز جهت تشکیل پرونده و دریافت سرمایه فوت و مزایای بیمه نامه انجام گیرد.																			
آیا در حال حاضر پیشنهاد بیمه مستمری، عمر یا حادثه در جریان صدور یا صادر شده دارید؟ ☐ بلی ☐ خیر (در صورت مثبت بودن، جدول زیر را تکمیل نمایید).																			
سوابق بیمه ای		نوع بیمه نامه	وضعیت پیشنهاد / بیمه نامه		تاریخ صدور	سرمایه فوت بیمه نامه عمر (ریال)	شرح												
			در جریان صدور	صدور															
سوابق دریافت خسارت بیمه شده		ردیف	نوع پوشش	علت خسارت				مبلغ خسارت	تاریخ وقوع خسارت										
محل امضاء		اینجانبان (بیمه شده و بیمه گذار) امضاء کنندگان این پیشنهاد اعلام می نمایم که پاسخ های داده شده کاملاً درست و عین واقعیت بوده و مطلع هستیم که هرگونه اظهار خلاف واقع و خودداری از واقع گویی، به موجب قانون بیمه باعث باطل شدن قرارداد بیمه عمر یا سایر تبعات (حسب قانون) خواهد شد. همچنین بیمه گر اجازه دارد هرگونه اطلاعاتی را که در مورد وضع سلامت بیمه شده یا سایر موضوعات مرتبط با بیمه نامه نیاز باشد کسب نماید.																	
		نام بیمه گذار / موسسه: امضای بیمه گذار / مهر موسسه: تاریخ: / /									نام بیمه شده: امضای بیمه شده: تاریخ: / /								
فروشنده بیمه		آیا درباره شرایط بیمه عمر اطلاعات کامل در اختیار بیمه گذار و بیمه شده قرارداد داده اید؟ ☐ بلی ☐ خیر آیا صحت امضای بیمه شده و بیمه گذار مورد تایید شما می باشد؟ ☐ بلی ☐ خیر																	
		کد نمایندگی / کارگزاری مهر، امضاء و نام معرف (نماینده): تاریخ: / /																	



فرم پیشنهاد بیمه نامه مستمری و مکمل بازنشتگی

(سهامی عام)

شماره ثبت ۲۰۰۷۲۲

با توجه به انتخاب پوشش فوت برای بیمه شده به سوالات وضعیت سلامت بیمه شده و خانواده وی و سوالات عمومی پاسخ دهید:

نام و نام خانوادگی بیمه شده:

ردیف	بیماری (سوابق بیماری)	بلی	خیر	ردیف	بیماری (سوابق بیماری)	بلی	خیر
۱	بیماری های دستگاه تنفسی (سرفه مزمن، آسم، تنگی نفس، خلط خونی یا چرکی و ...)			۲	بیماری های قلب و عروق (درد قفسه سینه، تنگی نفس فعالیتی، سکنه قلبی، واریس، تپش قلب، ...)		
۳	بیماری های خونی (سابقه تزریق خون، کم خونی، خونریزی بدون علت و طولانی از هر قسمت بدن)			۴	بیماری های گوارشی (کبد، زردی یا یرقان، درد طولانی مدت شکمی، تهوع، پانکراس (لوزالمعده) و ...)		
۵	بیماری های اعصاب و روان (افسردگی، اضطراب، تشویش، وسواس، سابقه خودکشی و ...)			۶	بیماری های داخلی اعصاب (تشنج، سکنه مغزی، مشکلات حرکتی، فراموشی و ...)		
۷	بیماری های کلیه و مجاری ادرار (پروستات، خون در ادرار، سوزش ادرار، سنگ کلیه و ...)			۸	بیماری های گوش، حلق و بینی (سرگیجه، خونریزی بینی، کاهش شنوایی، ترشحات چرکی یا خون از گوش)		
۹	بیماری های پوستی (خونریزی یا خونمردگی زیرپوستی، خال های بزرگ در حال رشد، غده های پوستی)			۱۰	بیماری های استخوانی، عضلات، مفاصل و ...		
۱۱	بیماری های غده، داخلی و تیروئید (تغییر وزن، کاهش و افزایش اشتها، تعریق فراوان، چربی خون بالا)			۱۲	بیماری های عفونی (سل، هپاتیت، حبس، تب مالت، مالاریا، ایدز، کیست هیداتیک، آبله مرغان و ...)		
۱۳	بیماری های چشمی (ضربه به چشم، پارگی مویرگ ها، تاری دید، دوبینی، ضعف یا کاهش بینایی و ...)			۱۴	آیا در شش ماه گذشته کاهش وزن داشته اید؟		
۱۵	آیا دارای فشار خون هستید؟			۱۶	آیا دارای دیابت هستید؟		
۱۷	آیا مورد عمل جراحی قرار گرفته اید یا سابقه بستری در بیمارستان، آسایشگاه یا مراکز درمانی دارید؟			۱۸	آیا سابقه تصادف، حادثه یا سقوط داشته اید یا دچار شکستگی، نقص عضو یا از کار افتادگی شده اید؟		
۱۹	آیا سابقه سرطان، بدخیمی یا تومور داشته اید؟			۲۰	آیا به بیماری یا عارضه دیگری مبتلا شده اید که ذکر نشده باشد؟		
۲۱	آیا بیماری های زنانه دارید یا دچار ترشح، خونریزی، درد یا توده در پستان و ... شده اید؟			۲۲	آیا در حال حاضر باردار هستید یا دچار عوارض و بیماری های ناشی از حاملگی و زایمان شده اید؟		
۲۳	در صورتی که به علت معافیت پزشکی، از خدمت سربازی معاف شده اید، ضمن ارسال کپی کارت معافیت، ماده، بند و علت معافیت ذکر گردد. ماده: بند: علت:						
۲۴	آیا از دارو برای بیماری طولانی مدت استفاده می کنید؟ آیا در حال حاضر به علت بیماری یا مورد خاص تحت مداوا یا مشاوره پزشکی قرار دارید؟						
۲۵	در صورت استفاده از موارد ذکر شده، مقدار، نوع و مدت مصرف را اعلام نمایید. □ دخانیات (سیگار، قلیان، ...) □ مشروبات الکلی □ مواد مخدر، محرک و روان گردان □ هیچکدام						
توضیحات	قد بیمه شده	سن	وزن بیمه شده	در صورت مثبت بودن هر کدام از سوالات بالا، موارد را به طور کامل توضیح دهید. ذکر نام بیماری، زمان شروع بیماری و درمان های صورت گرفته (سرپایی یا بستری)، نوع، میزان و مدت زمان داروی مصرفی، وضعیت فعلی (بیمه شده)، میزان نقص عضو احتمالی ضروری است.			
سایر موارد							
عمومی	آیا از موتورسیکلت استفاده می نمایید؟ □ خیر □ بلی (موارد استفاده را شرح دهید). آیا رشته (های) ورزشی خاصی را انجام می دهید؟ □ خیر □ بلی، تفریحی □ بلی، حرفه ای. نام رشته (های) ورزشی: اگر فعالیت های جنبی دیگری انجام می دهید بیان نمایید.						
وضعیت سلامت خانواده بیمه شده	در صورتی که بستگان درجه یک شما (پدر، مادر، خواهر یا برادر) به بیماری هایی از قبیل سل، تشنج، سرطان، بیماری قلبی، فشارخون، دیابت، نارسایی کلیه، سکنه مغزی، سکنه قلبی، بیماری مادرزادی، ژنتیکی و یا بیماری روحی و عصبی مبتلا بوده یا می باشد یا دچار مرگ زودرس (مرگ زیر ۶۰ سال) شده اند، جدول زیر تکمیل گردد.						
نظر پزشک معتمد	تاریخ:	/	/	نام، امضا و مهر پزشک معتمد:			
	اضافه نرخ:	درصد.					
محل امضاء	نام بیمه گذار / نام موسسه:	نام بیمه شده:			امضاء بیمه شده:		
	امضاء بیمه گذار / مهر موسسه:	تاریخ:			تاریخ:		
	تاریخ:	/ /			/ /		
	کد نمایندگی / کارگزاری	مهر، امضاء و نام معرف (نمایندگی):					
	تاریخ:	/ /					