

<p>تاریخ پیشنهاد:</p>	<p>این برگه قبل از تایید شرکت بیمه پردیس و صدور بیمه نامه هیچگونه تعهدی را برای پیشنهاد دهنده ایجاد نمی کند</p>																																								
<p>مشخصات پیشنهاد دهنده:</p> <p>نام: _____ آدرس: _____ مشخصات متقاضی بیمه:</p> <p>پیشنهاد دهنده و متقاضی بیمه شخص واحدی هستند: بله <input type="checkbox"/> خیر <input checked="" type="checkbox"/> در صورت پاسخ خیر نسبت پیشنهاد دهنده با متقاضی بیمه: _____ نام: _____ کد ملی/کتابخانه ملی: _____ آدرس: _____ شماره همراه: _____ نام خانوادگی: _____ تاریخ تولد/ثبت: _____ جنسیت: مرد <input type="checkbox"/> زن <input checked="" type="checkbox"/> وضعیت اأهل: متاهل <input type="checkbox"/> مجرد <input checked="" type="checkbox"/> آیا از موتور سیکلت استفاده می کنید: بله <input type="checkbox"/> خیر <input checked="" type="checkbox"/> در صورت مثبت بودن پاسخ نوع استفاده قید شود: _____ مدت بیمه نامه: _____ پوشش اصلی: _____ سرمایه فوت به هر علت: ریال (حداکثر تا مبلغ وام دریافت شده و تا سقف ۱۰۰۰۰۰۰۰۰۰ ریال)</p>																																									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>ردیف</th> <th>نوع ذینفع (فوت/حیات)</th> <th>نام و نام خانوادگی</th> <th>کد ملی/کتابخانه ملی</th> <th>نسبت</th> <th>تاریخ تولد</th> <th>اولویت</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>/</td> <td>/</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>/</td> <td>/</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>/</td> <td>/</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>/</td> <td>/</td> </tr> </tbody> </table>							ردیف	نوع ذینفع (فوت/حیات)	نام و نام خانوادگی	کد ملی/کتابخانه ملی	نسبت	تاریخ تولد	اولویت	1	_____	_____	_____	_____	/	/	2	_____	_____	_____	_____	/	/	3	_____	_____	_____	_____	/	/	4	_____	_____	_____	_____	/	/
ردیف	نوع ذینفع (فوت/حیات)	نام و نام خانوادگی	کد ملی/کتابخانه ملی	نسبت	تاریخ تولد	اولویت																																			
1	_____	_____	_____	_____	/	/																																			
2	_____	_____	_____	_____	/	/																																			
3	_____	_____	_____	_____	/	/																																			
4	_____	_____	_____	_____	/	/																																			
<p>* در صورت فوت متقاضی بیمه، پرداخت خسارت به وراث قانونی منوط به ارائه برگه انصار و راثت خواهد بود. * در صورت فوت متقاضی بیمه، چنانچه ذینفعان بیمه نامه مشخص نشده باشند، وجه بیمه به نسبت سهم الارث بین وراث قانونی متقاضی بیمه تقسیم خواهد شد. * در صورت فوت هم‌مان متقاضی بیمه و ذینفع، وجه بیمه به نسبت مساوی بین وراث قانونی متقاضی بیمه تقسیم خواهد شد. در صورتی که ذینفع، بستانکار متقاضی بیمه باشد، فسخ بیمه نامه منوط به تایید ذینفع خواهد بود.</p>																																									
<p>1- قد متقاضی بیمه: _____ وزن متقاضی بیمه: _____ 2- آیا خدمت نظام وظیفه را انجام داده اید: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input checked="" type="checkbox"/> در صورت منفی بودن پاسخ چنانچه علت معافیت پزشکی بوده توضیح دهید(بند و ماده معافیت قید گردد): _____ 3- آیا فعالیت ورزشی حر斐ه ای انجام می دهید: بلی <input type="checkbox"/> نام ببرید: _____ خیر <input checked="" type="checkbox"/> 4- آیا در حال حاضر بیمه نامه زندگی دارید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input checked="" type="checkbox"/> در صورت مثبت بودن پاسخ جدول ذیل را تکمیل نمائید:</p>																																									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>نام شرکت</th> <th>سرمایه فوت</th> <th>نوع بیمه نامه</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table>							نام شرکت	سرمایه فوت	نوع بیمه نامه	_____	_____	_____	_____	_____	_____																										
نام شرکت	سرمایه فوت	نوع بیمه نامه																																							
_____	_____	_____																																							
_____	_____	_____																																							
<p>تذکر: با توجه به اهمیت تکمیل جداول فوق، چنانچه در طول مدت اعتبار بیمه نامه و یا پس از خاتمه آن مشخص شود که متقاضی بیمه کلیه بیمه نامه های زندگی خود نزد هریک از شرکت های بیمه را در جدول مذکور اعلام نداشته است، شرکت بیمه می تواند از پرداخت تمام یا بخشی از تعهدات خود، خودداری نماید.</p>																																									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="6">بیماری یا عارضه مبتلا به آن (از قبیل سرطان، بیماری قلبی، فشار خون، دیابت، ناراحتی کلیه، سکته مغزی، بیماری مادرزادی یا بیماری روحی و عصبی)</th> </tr> <tr> <th>توضیحات (نوع بیماری و داروهای مصرفی سن ابتلا)</th> <th>فوت شده</th> <th>در حال حیات</th> <th>سن</th> <th>نسبت</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table>							بیماری یا عارضه مبتلا به آن (از قبیل سرطان، بیماری قلبی، فشار خون، دیابت، ناراحتی کلیه، سکته مغزی، بیماری مادرزادی یا بیماری روحی و عصبی)						توضیحات (نوع بیماری و داروهای مصرفی سن ابتلا)	فوت شده	در حال حیات	سن	نسبت	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____									
بیماری یا عارضه مبتلا به آن (از قبیل سرطان، بیماری قلبی، فشار خون، دیابت، ناراحتی کلیه، سکته مغزی، بیماری مادرزادی یا بیماری روحی و عصبی)																																									
توضیحات (نوع بیماری و داروهای مصرفی سن ابتلا)	فوت شده	در حال حیات	سن	نسبت																																					
_____	_____	_____	_____	_____																																					
_____	_____	_____	_____	_____																																					
_____	_____	_____	_____	_____																																					
<p>نام و نام خانوادگی پیشنهاد دهنده: _____ امضاء: _____</p>																																									

لطفاً با رعایت حسن نیت سوالات زیر را پاسخ دهید:

بلی خیر ۱- آیا تاکنون سایقه بستری در بیمارستان و یا عمل جراحی داشته‌اید؟
در صورت مثبت بودن پاسخ علت و مدت بستری قید شود:بلی خیر ۲- آیا تاکنون به هر دلیلی (به جز سرما خوردگی) به پزشک مراجعه کرده‌اید؟
در صورت مثبت بودن پاسخ علت و نتیجه ذکر شود:بلی خیر ۳- آیا به بیماری خاصی مبتلا شده‌اید یا سایقه بیماری خاصی دارد؟
در صورت مثبت بودن نوع بیماری، زمان ابتلا و داروهای صرفی قید شود:بلی خیر ۴- آیا تاکنون به هر دلیلی داروی خاصی مصرف کرده یا می‌کنید؟ (به جز داروهای سرما خوردگی)
در صورت مثبت بودن پاسخ نوع دارو و مدت مصرف قید شود:بلی خیر

۵- آیا در شش ماه گذشته آزمایش انجام داده‌اید؟ (در صورت مثبت بودن پاسخ نتیجه ازمایش ضمیمه گردد)

بلی خیر ۶- آیا دچار نقص عضو شده‌اید؟
به چه میزان:بلی خیر ۷- آیا دچار از کارفتادگی شده‌اید؟
به چه میزان:بلی خیر ۸- آیا از سیگار، مشروبات الکلی، مواد مخدر استفاده کرده یا می‌کنید؟
میزان مصرف (روزانه): نوع: مدت زمان مصرف:بلی خیر ۹- آیا کسی از سنتگان درجه اول شما به بیماری سل، تشنج، سرطان، بیماری قلبی، فشار خون، دیابت، ناراحتی کلیه، سکته مغزی، بیماری مادرزادی یا بیماری روحی و عصبی مبتلا بوده یا می‌باشد؟
بلی خیر ۱۰- آیا شما در شش ماه گذشته کاهش وزن داشته‌اید؟
میزان و علت کاهش وزن:بلی خیر

۱۱- آیا در حال حاضر کاملاً سالم هستید؟

سوالات مخصوص خانمهای:

بلی خیر

۱۲- آیا در حال حاضر باردار هستید؟

تاریخ:

نام و امضاء متقاضی بیمه/ قیم قانونی وی:

- اینچنانبین پیشنهاد دهنده متقاضی بیمه/ امضاء کنندگان این پیشنهاد اعلام می‌داریم که به کلیه سوالات مشروطه در این فرم با صداقت و به نحو کامل جواب داده و از مقررات و شرایط عمومی بیمه‌نامه که جزو لاینفک این قرارداد می‌باشد، اطلاع کامل حاصل نموده و اعلام می‌نماییم که جواب‌های داده شده کاملاً درست و عین واقعیت بوده و مطمئنیم که هرگونه اظهار خلاف واقع و خودداری از واقع‌گویی به موجب قانون به باعث باطل شدن قرارداد بیمه‌نامه و از دست دادن مزایای آن خواهد شد. ضمناً بیمه‌گر یا پزشکان معتمد اجازه دارند هرگونه اطلاعاتی را که راجع به وضع مراجی و سلامت متقاضی بیمه نیاز باشد، کسب نمایند.
- نام و امضاء پیشنهاد دهنده:

نام و امضاء مهر و کد نماینده / کارگزار:

نام و امضاء بازاریاب :

تاریخ:

- ۱- آیا پیشنهاد دهنده و متقاضی بیمه را شخصاً می‌شناسید؟ بلی خیر
۲- به نظر شما متقاضی بیمه در حال حاضر از سلامت برخودار است؟ بلی خیر
۳- آیا ملاحظات خاصی از سلامت فعلی یا گذشته متقاضی بیمه/ پیشنهاد دهنده دارد؟ (شرح دهید)
- ۴- آیا اطلاعات کامل درباره شرایط بیمه‌نامه عمر مانده بدھکار را در اختیار پیشنهاد دهنده و متقاضی بیمه قرار داده‌اید؟ بلی خیر
۵- آیا صحت امضای پیشنهاد دهنده و متقاضی بیمه مورد تأیید است؟ بلی خیر