



شماره ثبت ۲۰۰۷۲۲  
(سهامی عام)

## پیشنهاد بیمه عمر انفرادی

شماره شناسایی سند: PI31F009

شماره بازنگری: 03

پیشنهاد دهنده گرامی، خواهشمند است به کلیه پرسش‌های مندرج در این فرم با صداقت و به صورت کامل و خوانا پاسخ داده و سپس امضاء فرمائید. شرط اصلی اعتبار بیمه‌نامه در صورت صدور، صحت اطلاعات مندرج در این پیشنهاد و پاسخ‌های شما بوده و به آن استناد خواهد شد. ضمناً تکمیل این پیشنهاد هیچ تعهدی را برای بیمه‌گر ایجاد نمی‌نماید.

نام خانوادگی: <b>س ت ا ی ش</b>	نام: <b>م ح ز م د</b>
شماره شناسنامه: <b>۱۲۳۴</b> نام پدر: <b>مهرداد</b> محل تولد: <b>تهران</b> محل صدور: <b>شمیران</b>	کد ملی: <b>۱۲۳۴۵۶۷۸۹۰</b>
جنسیت: <input checked="" type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن	تاریخ تولد: <b>۱۳۶۰/۹/۱۸</b> وضعیت تاهل: <input checked="" type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/> مجرد
تحصیلات: <b>فوق لیسانس کامپیوتر</b>	شغل اصلی: <b>رئیس هیئت مدیره</b>
درآمد ماهیانه: <b>۱۸۰۰۰۰۰۰۰</b> ریال	شغل فرعی: <b>مدیر شبکه شرکت ایکس</b>
(لطفاً نوع شغل یا کاری را که به آن اشتغال دارید، به صورت دقیق ذکر نمایید. عناوین شغلی مانند آزاد، کارگر، کارمند، عنوان رشته تحصیلی و ... مورد قبول نمی‌باشد.)	
نشانی دقیق: <b>تهران</b> شهر <b>تهران</b> استان	محل سکونت: استان <b>تهران</b> شهر <b>تهران</b>
کد پستی محل سکونت: <b>۰۲۱۲۲۳۳۴۴۵۵</b>	تلفن محل سکونت: (با ذکر کد شهر) <b>۰۲۱۲۲۳۳۴۴۵۵</b>
نشانی دقیق: <b>تهران</b> شهر <b>تهران</b> استان	محل کار: استان <b>تهران</b> شهر <b>تهران</b>
کد پستی محل کار: <b>۹۸۷۶۵۴۳۲۱</b>	تلفن محل کار: (با ذکر کد شهر) <b>۰۲۱۶۶۷۷۸۸۹۹</b>
نسبت با بیمه‌شده: <input checked="" type="checkbox"/> خود شخص <input type="checkbox"/> سایر: .....	

مشخصات بیمه گذار  
(حداقل ۱۸ سال تمام)

نام خانوادگی: .....	نام: <b>خودم / دیگر نیازی به پر کردن این بخش ندارید.</b>
شماره شناسنامه: .....	کد ملی: .....
نام پدر: .....	تاریخ تولد: <b>۱۳ / /</b> وضعیت تاهل: <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/> مجرد
تحصیلات: .....	شغل اصلی: .....
درآمد ماهیانه: .....	شغل فرعی: .....
(لطفاً نوع شغل یا کاری را که به آن اشتغال دارید، به صورت دقیق ذکر نمایید. عناوین شغلی مانند آزاد، کارگر، کارمند، عنوان رشته تحصیلی و ... مورد قبول نمی‌باشد.)	
نشانی دقیق: .....	محل سکونت: استان ..... شهر .....
کد پستی محل سکونت: .....	تلفن محل سکونت: (با ذکر کد شهر) .....
نشانی دقیق: .....	محل کار: استان ..... شهر .....
کد پستی محل کار: .....	تلفن محل کار: (با ذکر کد شهر) .....

مشخصات بیمه شده

<input type="checkbox"/> عمر ساده زمانی	<input type="checkbox"/> عمر مانده بدهکار با حق بیمه یکجا	نوع بیمه‌نامه
ریال <b>۲.۰۰۰.۰۰۰.۰۰۰</b>	نرخ افزایش سرمایه فوت <input type="checkbox"/> ۰٪ (ثابت) <input type="checkbox"/> ۵٪ <input type="checkbox"/> ۱۰٪ <input checked="" type="checkbox"/> ۱۵٪ <input type="checkbox"/> ۲۰٪	سرمایه فوت
<input type="checkbox"/> حق بیمه یکجا	پرداخت حق بیمه یکجا به مبلغ (حروف، عدد)..... ریال	روش و میزان پرداخت حق بیمه
<input type="checkbox"/> حق بیمه اولیه و حق بیمه منظم	پرداخت حق بیمه اولیه به مبلغ (حروف، عدد)..... ریال <b>اگر سرمایه ای دارید که میخواهید سود آنرا دریافت کنید اینجا وارد نمایید</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> حق بیمه منظم	پرداخت حق بیمه منظم: <input type="checkbox"/> ماهانه <input type="checkbox"/> سه ماهه <input type="checkbox"/> شش ماهه <input type="checkbox"/> سالانه به مبلغ (عدد)..... ریال	
<b>= با عدد ۷۰ منتهای سن شمایل</b>	نرخ افزایش حق بیمه منظم <input type="checkbox"/> ۰٪ (ثابت) <input type="checkbox"/> ۵٪ <input type="checkbox"/> ۱۰٪ <input checked="" type="checkbox"/> ۱۵٪ <input type="checkbox"/> ۲۰٪	مدت بیمه‌نامه
در صورت انتخاب بیمه عمر مانده بدهکار، مانده وام دریافتی را نیز اعلام نمایید.		
مانده وام دریافتی		ریال .....

مشخصات بیمه‌نامه

<input checked="" type="checkbox"/> فوت در اثر حادثه با سرمایه..... ریال <b>۶۰۰.۰۰۰.۰۰۰</b>	<input type="checkbox"/> نقص عضو یا از کارافتادگی دائم ناشی از حادثه با سرمایه..... ریال	پوشش‌های اضافی
<input type="checkbox"/> پرداخت مقرری روزانه بستری شدن در مراکز درمانی ناشی از حادثه	<input type="checkbox"/> پرداخت هزینه پزشکی ناشی از حادثه	
<input type="checkbox"/> معافیت از پرداخت هزینه‌های بیمه‌نامه در صورت از کارافتادگی دائم و کامل ناشی از (بیماری یا حادثه)	<input type="checkbox"/> معافیت از پرداخت کل حق بیمه در صورت از کارافتادگی دائم و کامل ناشی از (بیماری یا حادثه)	
<input type="checkbox"/> پرداخت مستماری در صورت از کارافتادگی دائم و کامل ناشی از (بیماری یا حادثه)	<input type="checkbox"/> پرداخت سرمایه بی‌کساری در صورت از کارافتادگی دائم و کامل ناشی از (بیماری یا حادثه)	
<input type="checkbox"/> امراض خاص	حق بیمه پوشش‌های اضافی و مالیات بر ارزش افزوده مازاد بر حق بیمه پایه محاسبه گردد. <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	

اولویت	درصد سهم	نسبت با بیمه‌شده	محل تولد (محل ثبت)	تاریخ تولد (تاریخ ثبت)			شماره شناسنامه	کد ملی (شماره ثبت)	نام پدر	جنسیت	نام خانوادگی (نام موسسه)	نام	در صورت فوت بیمه‌شده	در صورت حیات بیمه‌شده	مشخصات استفاده کنندگان از سرمایه بیمه‌نامه
				سال	ماه	روز									
۱	۱۰۰٪	همسر	تهران	۱۳۶۴	۰۱	۰۱	۱۱۱۱	۰۱۲۳۴۵۶۷۸	علی	زن	بهشتی	شهین			در صورت فوت همسر، ۱۰۰ درصد سهم به نفر بعدی که فرزند بیمه گذار می باشد منتقل می گردد و در صورت نبود فرزند نیز به موسسه محک پرداخت می گردد اگر فرض مثال هیچ کدام از ذینفعان در هنگام فوت موجود نباشید به وراثت قانونی تعلق می گیرد
۲	۱۰۰٪	فرزند	تهران	۱۳۹۱	۰۱	۰۱	۲۲۲۲	۰۹۸۷۶۵۴۳۲	محمود	مرد	ستایش	حسین			
۳	۱۰۰٪	سازمان	تهران					۶۵۶۷			موسسه محک			خودتان و یا هر کس دیگر (مشخصات را کامل وارد نمایید)	

قد بیمه شده	۱۸۹ سانتی متر	وزن بیمه شده	۸۵ کیلوگرم	کد نمایندگی	.....
سئوالات عمومی (بیمه شده)	وضعیت انجام نظام وظیفه: <input checked="" type="checkbox"/> انجام خدمت وظیفه عمومی <input type="checkbox"/> معافیت پزشکی: بند: ..... و ماده: ..... علت معافیت: .....				
	معافیت غیر پزشکی: <input type="checkbox"/> عدم انجام خدمت وظیفه عمومی <input type="checkbox"/> غیر مشمول <input type="checkbox"/> آیا از موتورسیکلت دنده‌ای استفاده می‌نمایید؟ <input checked="" type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی، به ندرت <input type="checkbox"/> بلی، به طور مستمر (موارد استفاده را شرح دهید).				
	آیا رشته(های) ورزشی خاصی را انجام می‌دهید؟ <input checked="" type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی، تفریحی <input type="checkbox"/> بلی، حرفه‌ای <input type="checkbox"/> نام رشته(های) ورزشی: ..... آیا مسافرت مستمر/ ماموریت کاری برون شهری انجام می‌دهید؟ <input checked="" type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی (تعداد مسافرت ماهانه، وسیله نقلیه و مقصد را بیان نمایید). اگر فعالیت‌های جنبی دیگری انجام می‌دهید بیان نمایید؟ <b>امضاء فراموش نشود</b>				
محل امضاء	نام بیمه‌گذار، تاریخ و امضاء: <b>محمود ستایش</b>	نام بیمه‌شده، تاریخ و امضاء: <b>محمود ستایش</b>	<b>امضاء فراموش نشود</b>		



(سهامی عام)

شماره ثبت ۲۰۰۷۲۲

نام و نام خانوادگی بیمه شده:

## پیشنهاد بیمه عمر انفرادی

شماره شناسایی سند: PI31F009

شماره بازنگری: 03

ردیف	بیماری	بلی	خیر	ردیف	بیماری	بلی	خیر
۱	بیماری‌های دستگاه تنفسی (سرفه مزمن، آسم، تنگی نفس، خلط خونی یا چرکی و...)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۲	بیماری‌های قلب و عروق (درد قفسه‌سینه، تنگی نفس فعالیت، سکت قلبی، واریس، تپش قلب...)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۳	بیماری‌های خونی (سابقه تزریق خون، کم‌خونی، خون‌ریزی بدون علت و طولانی از هر قسمت بدن)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۴	بیماری‌های گوارشی (کبد، زردی یا یرقان، دردهای طولانی مدت شکمی، تهوع، پانکراس (لوزالمعده) و...)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۵	بیماری‌های اعصاب و روان (افسردگی، اضطراب، تشویش، وسواس، سابقه خودکشی و...)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۶	بیماری‌های داخلی اعصاب (تشنج، سکت مغزی، مشکلات حرکتی، فراموشی و...)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۷	بیماری‌های کلیه و مجاری ادرار (پروستات، خون در ادرار، سوزش ادرار، سنگ کلیه و...)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۸	بیماری‌های گوش، حلق و بینی (سرگیجه، خونریزی بینی، کاهش شنوایی، ترشحات چرکی یا خون از گوش)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۹	بیماری‌های پوستی (خونریزی یا خون‌مردگی زیرپوستی، خال‌های بزرگ در حال رشد، غده‌های پوستی...)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۰	بیماری‌های استخوانی، عضلات و مفاصل و...)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۱	بیماری‌های غدد، داخلی و تیروئید (تغییر وزن، کاهش یا افزایش اشتها، تعریق فراوان، چربی خون بالا...)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۲	بیماری‌های عفونی (سل، هپاتیت، حبسه، تب مالت، مالاریا، ایدز، کیست هیداتیک، آبله مرغان و...)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۳	آیا دارای فشار خون هستید؟	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۴	آیا دارای دیابت هستید؟	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۵	آیا سابقه سرطان و بدخیمی داشته‌اید؟	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۶	آیا سابقه تومور داشته‌اید؟	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۷	آیا مورد عمل جراحی قرار گرفته‌اید؟	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۸	آیا سابقه بستری شدن در بیمارستان، آسایشگاهی و یا سایر مراکز درمانی را دارید؟	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۹	آیا دچار نقص عضو شده‌اید؟	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۲۰	آیا دچار از کارافتادگی شده‌اید؟	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۲۱	آیا در شش ماه گذشته کاهش وزن داشته‌اید؟	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۲۲	آیا به بیماری یا عارضه دیگری مبتلا شده‌اید که ذکر نشده باشد؟	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۲۳	آیا از دارو برای بیماری طولانی مدت استفاده می‌کنید؟	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۲۴	آیا در حال حاضر به لحاظ پزشکی سالم هستید؟	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۲۵	آیا دچار شکستگی در ناحیه‌ای از بدن شده‌اید؟	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۲۶	آیا سابقه تصادف، حادثه یا سقوط داشته‌اید؟	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۲۷	آیا در حال حاضر باردار هستید؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۲۸	آیا بیماری‌های زنانه دارید؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۲۹	آیا دچار ترشح، خونریزی، درد در توده پستان و عدم تقارن در ناحیه سینه یا زیر بغل شده‌اید؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۳۰	آیا دچار عوارض و بیماری‌های ناشی از حاملگی و زایمان شده‌اید؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۳۱	بیماری‌های چشمی (خون‌مردگی یا کبودی دور چشم، ضربه به چشم، پارگی مویرگ‌های چشم، تاری دید، دوبینی، کاهش بینایی، انحراف چشم، ضعف چشم و...)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
۳۲	آیا کسی از بستگان درجه یک شما به بیماری سل، تشنج، سرطان، بیماری قلبی، فشارخون، دیابت، نارسایی کلیه، سکت مغزی، بیماری مادرزادی و یا بیماری روحی و عصبی مبتلا بوده یا می‌باشد؟	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
۳۳	آیا در حال حاضر به علت بیماری یا مورد خاص تحت مداوا یا مشاوره پزشکی قرار دارید؟	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
۳۴	در صورت استفاده از موارد ذکر شده، مقدار، نوع و مدت مصرف را اعلام نمایید. <input type="checkbox"/> دخانیات (سیگار، قلیان...), <input type="checkbox"/> مشروبات الکلی <input type="checkbox"/> مواد مخدر، محرک و روان‌گردان <input checked="" type="checkbox"/> هیچکدام						

شرح (در صورت فوت حیات، وضعیت سلامت و در صورت فوت علت آن را شرح دهید)	حیات / فوت	سن	افراد خانواده
	<input type="checkbox"/> حیات <input type="checkbox"/> فوت	۶۰	پدر
	<input type="checkbox"/> حیات <input type="checkbox"/> فوت	۵۵	مادر
	<input type="checkbox"/> حیات <input type="checkbox"/> فوت	۲۶	<input type="checkbox"/> خواهر / <input checked="" type="checkbox"/> برادر
	<input type="checkbox"/> حیات <input type="checkbox"/> فوت	۲۸	<input type="checkbox"/> خواهر / <input checked="" type="checkbox"/> برادر
	<input type="checkbox"/> حیات <input type="checkbox"/> فوت	۳۲	<input checked="" type="checkbox"/> خواهر / <input type="checkbox"/> برادر

شرح		شرکت بیمه‌گر	نوع بیمه‌نامه	در جریان	تاریخ	سرمایه فوت (ریال)
در صورت عدم صدور بیمه‌نامه، علت آن را شرح دهید				صدور / عدم صدور	صدور / عدم صدور	به هر علت / در اثر حادثه
				<input type="checkbox"/> در جریان صدور <input type="checkbox"/> عدم صدور	۱۳ / /	
				<input type="checkbox"/> در جریان صدور <input type="checkbox"/> عدم صدور	۱۳ / /	

\*اینجانبان (بیمه‌شده و بیمه‌گذار) امضاء کنندگان این پیشنهاد اعلام می‌نماییم که پاسخ‌های داده شده کاملاً درست و عین واقعیت بوده و مطلع هستیم که هرگونه اظهار خلاف واقع و خودداری از واقع‌گویی به موجب قانون بیمه باعث باطل شدن قرارداد بیمه عمر و از دست دادن مزایای آن خواهد شد. ضمناً بیمه‌گر یا پزشکان معتمد اجازه دارند هرگونه اطلاعاتی را که راجع وضع مزاجی و سلامت بیمه‌شده نیاز باشد کسب نمایند.

محل امضاء	نام بیمه‌گذار:	امضاء بیمه‌گذار:	تاریخ:
	نام بیمه‌شده: <td>امضاء بیمه‌شده: <td>تاریخ: </td></td>	امضاء بیمه‌شده: <td>تاریخ: </td>	تاریخ:

بیمه تکمیل گردد توسط فروشنده	آیا بیمه شده را شخصاً می‌شناسید؟
<input type="checkbox"/>	آیا ملاحظات خاصی از سلامت فعلی یا گذشته او دارید؟ شرح دهید.
<input type="checkbox"/>	آیا درباره شرایط بیمه عمر اطلاعات کامل در اختیار بیمه‌گذار و بیمه‌شده گذارده‌اید؟
<input type="checkbox"/>	آیا صحت امضاء بیمه‌شده و بیمه‌گذار مورد تأیید شما می‌باشد؟

نظر پزشک معتمد	تاریخ: ۱۳ / /	نام، امضاء و مهر پزشک معتمد:
افزایش نرخ	درصد	



# گواهی اطلاع بیمه گذاران از کلیات شرایط بیمه نامه عمر و سرمایه گذاری

شماره شناسایی سند: PI31F020  
شماره بازنگری: 03

- در صورت عدم پرداخت حق بیمه در سررسید تعیین شده، بیمه گر برای تأمین حق بیمه خطر فوت، حق بیمه پوشش های اضافی (در صورت وجود) و سایر هزینه های بیمه نامه، معادل آن ها را از اندوخته سرمایه گذاری بیمه نامه کسر می نماید و تا زمانی که اندوخته سرمایه گذاری بیمه نامه برای تأمین موارد یاد شده کافی باشد، پوشش های بیمه نامه به قوت خود باقی است.
- در صورتی که اندوخته سرمایه گذاری بیمه نامه جهت تأمین پوشش خطر فوت، پوشش های اضافی و سایر هزینه ها کافی نباشد، بیمه نامه عمر و سرمایه گذاری به حالت تعلیق درآمده و بیمه گر تعهدی در قبال جبران خطرات تحت پوشش بیمه نامه نخواهد داشت.
- بیمه نامه تعلیق شده در صورت درخواست بیمه گذار و موافقت بیمه گر، با ارزیابی مجدد بیمه شده (در صورت صلاح دید بیمه گر) و پرداخت حق بیمه های معوق (به صورت یکجا) توسط بیمه گذار، قابل بازگشت از حالت تعلیق می باشد.
- نرخ سود فنی علی الحساب در شرکت بیمه پارسیان براساس آئین نامه بیمه های زندگی و مستمری و مکمل های آن، (مصوب شورای عالی بیمه) و به صورت روز شمار اعمال می گردد. لازم به ذکر است که در صورت کسب سود مازاد بر نرخ سود فنی علی الحساب، سود مشارکت در منافع به اندوخته بیمه نامه اضافه خواهد شد.
- میزان سرمایه فوت با درخواست بیمه گذار و موافقت بیمه شده و بر اساس ضوابط و قوانین شرکت بیمه پارسیان ارائه می گردد. با توجه به رابطه معکوس میان سرمایه فوت و میزان اندوخته بیمه نامه، در صورت درخواست سرمایه فوت با مبالغ بالا، ارزش بازخرید و اندوخته بیمه نامه کاهش می یابد.
- پس از بررسی فرم پیشنهاد بیمه عمر انفرادی و اعمال احتمالی اضافه نرخ پزشکی، اندوخته بیمه نامه کاهش یافته و یا طی بررسی سایر ریسک های مرتبط با بیمه نامه، ممکن است سرمایه فوت یا سرمایه پوشش های اضافی، کاسته شود. بنابراین ممکن است تغییراتی در موارد درخواستی بیمه گذار لحاظ گردد. اعلام تغییرات از جانب نماینده به بیمه گذار الزامی بوده و بیمه نامه فقط در صورت اعلام موافقت بیمه گذار هیچگونه درخواست تغییرات مالی تا پایان سال بیمه ای اول قابل انجام نمی باشد.
- هرگونه تغییر در ارتباط با سرمایه های بیمه نامه (فوت به هر علت، فوت در اثر حادثه، امراض خاص، نقص عضو و ...)، حق بیمه پرداختی، حذف و یا اضافه نمودن پوشش های اضافی و تغییر در نحوه پرداخت حق بیمه، نرخ تعدیل حق بیمه، مدت بیمه نامه و سایر موارد مشابه در ابتدای هر سال بیمه ای امکان پذیر است. بدین منظور ضروری است بیمه گذار نسبت به موارد مندرج در فرم پیشنهاد بیمه نامه دقت کافی را مبذول نماید.
- تمامی اطلاعات مندرج در فرم پیشنهاد عمر انفرادی بایستی در کمال صحت و صداقت توسط بیمه گذار/ بیمه شده تکمیل گردد. بدیهی است هرگونه اظهار خلاف واقع و کتمان حقایق به موجب قانون بیمه، می تواند مشمول فسخ قرارداد از طرف بیمه گر، اعمال اضافه نرخ، بطلان و از دست دادن تمام یا بخشی از مزایای بیمه نامه گردد.
- درخواست بیمه گذار مبنی بر انصراف از قرارداد، در صورتی که کمتر از ۳۰ روز (سی روز) از تاریخ صدور بیمه نامه صورت پذیرد، مشمول ابطال قرارداد بوده که در این حالت کل حق بیمه پرداختی پس از کسر هزینه های پزشکی (در صورت انجام آزمایشات پزشکی) به بیمه گذار برگشت داده می شود. درخواست بیمه گذار مبنی بر انصراف قرارداد، در صورتی که پس از مدت ۳۰ روز (سی روز) از تاریخ صدور بیمه نامه صورت پذیرد، مشمول فسخ از طرف بیمه گذار (بازخریدی) بوده که در این حالت فقط ارزش بازخریدی محاسبه و به بیمه گذار برگشت داده خواهد شد.
- در بیمه نامه های عمر و سرمایه گذاری لزوماً ارزش بازخریدی با مجموع حق بیمه پرداختی برابر نخواهد بود. بدیهی است حق بیمه های پرداختی پس از کسر حق بیمه پوشش های بیمه ای و هزینه های بیمه نامه، با نرخ سود فنی علی الحساب و سود مشارکت در منافع (در صورت استحصال) سرمایه گذاری شده و تشکیل اندوخته بیمه نامه را خواهد داد. در صورت بازخرید بیمه نامه، اندوخته بیمه نامه پس از کسر کسورات قانونی تحت عنوان ارزش بازخریدی به بیمه گذار عودت داده می شود.
- در صورتی که بیمه نامه به مدت ۶ ماه بلا انقطاع تعلیق شده باشد، بیمه گر می تواند با اعلام قبلی به بیمه گذار و عدم پیگیری وی جهت تعیین وضعیت بیمه نامه، بیمه نامه را فسخ نماید.
- آدرس بیمه گذار مندرج در فرم پیشنهاد بیمه نامه به عنوان آدرس قانونی وی محسوب شده و مکاتبات بیمه گر به همان آدرس انجام خواهد شد. لذا به منظور ارائه خدمات بهتر و سریعتر لازم و ضروری است، هرگونه تغییر در آدرس و شماره تماس بیمه گذار سریعاً از طریق نمایندگی، مجتمع ها و یا شعب بیمه ای به اطلاع شرکت بیمه پارسیان رسانده شود.
- تمامی درخواست های بیمه گذار شامل، درخواست الحاقیه تغییرات، بازخرید، ابطال، دریافت وام و برداشت از اندوخته، صرفاً از طریق نمایندگی / کارگزاری قابل انجام می باشد. در صورت عدم فعالیت یا لغو کد نماینده، این امر توسط مجتمع ها و شعب بیمه پارسیان در سراسر کشور انجام خواهد گردید.
- در صورت وقوع خسارت متناسب با پوشش های بیمه ای، لازم است مراتب با ذکر علت حداکثر ظرف مدت یک ماه همراه با مدارک و مستندات مورد نیاز به اطلاع بیمه گر برسد. این مهم صرفاً از طریق نمایندگی / کارگزاری قابل انجام می باشد. در صورت عدم فعالیت یا لغو کد نماینده، این امر توسط مجتمع ها و شعب بیمه پارسیان در سراسر کشور انجام خواهد گردید.

بدینوسیله گواهی می گردد که اطلاعات مندرج در فرم مزبور را در عین صحت و سلامت، و به طور کامل و دقیق مطالعه نموده ام. همچنین ضمن اطلاع کامل و قبول کلیه شرایط مندرج در این فرم و بعد از استماع توضیحات تکمیلی نماینده، پیشنهاد خود را مبنی بر صدور بیمه نامه عمر و سرمایه گذاری اعلام می دارم.

امضاء فراموش نشود  
محمود ستایش

نام و نام خانوادگی، تاریخ و امضاء بیمه گذار

گواهی بیمه گذار

اینجانب ..... ضمن احراز هویت بیمه گذار محترم آقای/ خانم ..... پیشنهاد وی مبنی بر صدور بیمه نامه عمر انفرادی را تایید و اعلام می دارم. ضمناً توضیحات تکمیلی مطابق با شرایط درخواستی بیمه گذار و اطلاعات مندرج در فرم پیشنهاد عمر انفرادی، متناسب با قوانین و مقررات بیمه ای از جمله (شرایط عمومی، خصوصی، آئین نامه ها و بخشنامه های مدیریت بیمه نامه عمر انفرادی) ارائه گردید.



WWW.PARSIAN-BIMEH.IR  
ADMIN@PARSIAN-BIMEH.IR  
PARSIANINSURANCE  
PARSIAN-BIMEH  
0919 451 70 90

تاریخ، مهر و امضاء مجتمع بیمه ای / شعبه / باجه بیمه ای / نمایندگی

کارت ملی بیمه گذار به پیوست بوده و در سیستم ثبت گردید.

تایید در خواست و احراز هویت بیمه گذار

(مجموع بیمه ای، شعبه، باجهها نمایندگی)

