



(سهامی عام)

شماره ثبت ۲۰۰۷۲۲

فرم پیشنهاد بیمه نامه زندگی و مستمري جامع آرامش پارسيان

شناسه مدرک: PI-2710-FR-112

شماره بازنگری: 03

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 گذار	نام / نام موسسه:	نام خانوادگی:		
	کد ملی / شناسه ملی:	شماره شناسنامه:	نام پدر:	محل تولد:
مشخصات بیمه شده	نام:	نام خانوادگی:		
	کد ملی:	شماره شناسنامه:	نام پدر:	محل تولد:
بیمه نامه	سرمایه فوت:	ضریب تعدیل سرمایه فوت		
	روش و میزان پرداخت حق بیمه:	پرداخت حق بیمه یکجا <input type="checkbox"/> / پرداخت حق بیمه به مبلغ (عدد) ریال.		
بیمه نامه	مدت بیمه نامه:	درصد ضریب تعدیل حق بیمه		
	فوت در اثر حادثه با سرمایه ریال.	نقص عضو یا از کارافتادگی دایم با سرمایه ریال.		
بیمه نامه	پوشش های اضافی	پوشش های ویژه بیمه شده		
	پوشش های اضافی	پوشش های ویژه بیمه شده		
مشخصات اعلام مستمري	نوع مستمري:	مدت تضمین (سال): مادام العمر: ۳۰ سال ثابت		
	نحوه پرداخت مستمري:	مدت معین: ۰، ۵، ۱۰، ۱۵، ۲۰ سال		
محل امضاء	نام بیمه گذار/ مهر موسسه/ تاریخ و امضاء:	نام بیمه شده، تاریخ و امضاء:		
	مهر، امضاء و نام معرف (نماینده):	کد نمایندگی / کارگزاری:		



(سهامی عام)

شماره ثبت ۲۰۰۷۲۲

فرم پیشنهاد بیمه نامه زندگی و مستمري جامع آرامش پارسیان

شناسه مدرک: PI-2710-FR-112

شماره بازنگری: 03

اولویت	درصد سهم	نسبت با بیمه شده	محل ثبت	تاریخ تولد / ثبت			شماره شناسنامه / ثبت	کد ملی / شناسه ملی	نام پدر	جنسیت	نام و نام خانوادگی / نام موسسه	نوع استفاده کننده	مشخصات استفاده کننده گان از سرمایه بیمه نامه
				روز	ماه	سال							
												در صورت فوت بیمه شده	
												در صورت حیات بیمه شده	

در صورت تحقق خطر ناشی از پوشش امراض خاص، چنانچه بیمه شده قبل از دریافت منافع پوشش مزبور، فوت نماید، منافع مربوط به استفاده کننده (گان) فوت پرداخت خواهد شد.

ردیف	بیماری (سوابق بیماری)	بله	خیر	ردیف	بیماری (سوابق بیماری)	بله	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 خون مردگی زیر پوستی، خال های بزرگ در حال رشد، غده های پوستی)			۱۰	بیماری های استخوانی، عضلات، مفاصل و ...		
۱۱	بیماری های غدد، داخلی و تیروئید (تغییر وزن، کاهش و افزایش اشتها، تعریق فراوان، چربی خون بالا)			۱۲	بیماری های عفونی (سل، هپاتیت، حصبه، تب مالت، مالاریا، ایدز، کیست هیداتیک، ابله مرغان و ...)		
۱۳	بیماری های چشمی (ضربه به چشم، پارگی مویرگها، 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، 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 روان گردان <input type="checkbox"/> هیچکدام						
	قد بیمه شده	سنتی متر.		وزن بیمه شده	کیلوگرم.		

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 (سربایی یا بستری)، نوع، میزان و مدت زمان داروی مصرفی، وضعیت فعلی (بیمه شده)، میزان نقص عضو احتمالی ضروری است.

سوالات عمومی
آیا از موتورسیکلت دنده ای استفاده می نمایید؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله (موارد استفاده را شرح دهید)
آیا رشته (های) ورزشی خاصی را انجام می دهید؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله، تفریحی <input type="checkbox"/> بله، حرفه ای. نام رشته (های) ورزشی:
آیا مسافرت مستمر / ماموریت کاری برون شهری انجام می دهید؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله (تعداد مسافرت ماهانه، وسیله نقلیه و مقصد را بیان نمایید)
اگر فعالیت های جنسی دیگری انجام می دهید بیان نمایید.

وضعیت سلامت خانواده				
در صورتی که بستگان درجه یک شما (پدر، مادر، خواهر یا برادر) به بیماری های از قبیل سل، تشنج، سرطان، بیماری قلبی، فشار خون، 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.				
وضعیت (در صورت حیات، وضعیت "سلامت، نوع بیماری" و در صورت فوت "علت" آن را شرح دهید)				
نسبت با بیمه شده	سن	حیات	فوت	شرح

سوابق بیماری					
آیا در حال حاضر پیشنهاد بیمه عمر یا حادثه در جریان صدور یا صادر شده دارید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر (در صورت مثبت بودن، جدول زیر را تکمیل کنید)					
شرکت بیمه گر	نوع بیمه نامه	وضعیت پیشنهاد / بیمه نامه	تاریخ صدور	سرمایه فوت (ریال)	شرح
		در جریان صدور	صدور	بیمه نامه حادثه	
			/ /	بیمه نامه عمر	

محل امضا
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 / مهر موسسه / تاریخ و امضاء:
نام بیمه شده، تاریخ و امضاء:

فروشنده بیمه		
آیا درباره شرایط بیمه عمر اطلاعات کامل در اختیار بیمه گذار و بیمه شده گذارده اید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر		
آیا صحت امضاء بیمه شده و بیمه گذار مورد تایید شما می باشد؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر		
تاریخ: / / نام، امضاء و مهر پزشک معتمد:		
نظر پزشک معتمد	افزافه نرخ	درصد



(سهامی عام)

شماره ثبت ۲۰۰۷۲۲

فرم پیشنهاد بیمه نامه زندگی و مستمري جامع آرامش پارسيان

شناسه مدرک: PI-2710-FR-112

شماره بازنگری: 03

در صورت انتخاب پوشش های معافیت از پرداخت کل حق بیمه در صورت فوت بیمه گذار یا از کارافتادگی دایم و کامل بیمه گذار تکمیل مندرجات زیر ضروری است:
نام و نام خانوادگی بیمه گذار: نام و نام خانوادگی بیمه شده:

ردیف	بیماری (سوابق بیماری)	بله	خیر	ردیف	بیماری (سوابق بیماری)	بله	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 فعالیت، سکت 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، سکتة 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 غدد، داخلی و تیروئید (تغییر وزن، کاهش و افزایش اشتها، تعریق فراوان، چربی خون بالا)			۱۲	بیماری های عفونی (سل، هیپاتیت، حبسه، تب مالت، مالاریا، ایدز، کیست هیداتیک، آبله مرغان و ...)		
۱۳	بیماری های چشمی (ضربه به چشم، پارگی مویرگها، 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 کارافتادگی 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. <input type="checkbox"/> دخانیات (سیگار، قلیان...) <input type="checkbox"/> مشروبات الکلی <input type="checkbox"/> مواد مخدر، محرک و روان گردان <input type="checkbox"/> هیچکدام						
مورد		قد بیمه گذار	وزن بیمه گذار				
توضیحات		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.					

در صورت فوت بیمه گذار، تمامی حقوق ایشان در خصوص موضوع بهره مندی از منافع اندوخته بیمه نامه تا قبل از سررسید بیمه نامه، به ذی نفع (حقیقی / حقوقی / موسسات خیریه) ایشان با مشخصات زیر رسیده و این فرد، بیمه گذار جدید بیمه نامه خواهد بود. در ضمن تنها یک شخص می تواند به عنوان ذی نفع فوت بیمه گذار، منظور گردد.										
نام / نام موسسه	نام خانوادگی	جنسیت	نام پدر	کد ملی / شناسه ملی	شماره شناسنامه / ثبت	تاریخ تولد (ثبت)			محل تولد / ثبت	نسبت با بیمه شده
سال	ماه	روز								

تاریخ: / / نام، امضا و مهر پزشک معتمد:	تاریخ: / /
اضافه نرخ: درصد.	

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