



پیشنهاد بیمه عمر و سرمایه گذاری (طرح خانواده)

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 بیمه نامه 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 بیمه گر ایجاد نمی نماید.

شماره شناسایی: PI31F023 شماره بازنگری: 01

مشخصات بیمه گذار (بیمه شده اول) (حداقل ۱۸ سال تمام)	نام خانوادگی:	نام پدر:			محل تولد:	محل صدور:
	کد ملی:	شماره شناسنامه:	جنسیت: <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن	تحصیلات:	درآمد ماهیانه:	ریال
مشخصات بیمه شده دوم (حداقل ۱۸ سال تمام)	نام خانوادگی:	نام پدر:			محل تولد:	محل صدور:
	کد ملی:	شماره شناسنامه:	جنسیت: <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن	تحصیلات:	درآمد ماهیانه:	ریال
	تاریخ تولد: ۱۳ / /	وضعیت تاهل: <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/> مجرد	شغل اصلی:	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 نمی باشد)	
	محل سکونت: استان شهر	تلفن محل سکونت: (بازکرکدشهر)	محل کار: استان شهر	تلفن محل کار: (بازکرکدشهر)	نشانی دقیق کدپستی محل سکونت: تلفن همراه:	

مشخصات بیمه شده سوم	نام خانوادگی:	نام پدر:			محل تولد:	محل صدور:
	کد ملی:	شماره شناسنامه:	جنسیت: <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن	تحصیلات:	درآمد ماهیانه:	ریال
مشخصات بیمه شده چهارم	نام خانوادگی:	نام پدر:			محل تولد:	محل صدور:
	کد ملی:	شماره شناسنامه:	جنسیت: <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن	تحصیلات:	درآمد ماهیانه:	ریال
	تاریخ تولد: ۱۳ / /	وضعیت تاهل: <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/> مجرد	شغل اصلی:	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 نمی باشد)	
	محل سکونت: استان شهر	تلفن محل سکونت: (بازکرکدشهر)	محل کار: استان شهر	تلفن محل کار: (بازکرکدشهر)	نشانی دقیق کدپستی محل سکونت: تلفن همراه:	

مشخصات بیمه شده اول	نام خانوادگی:	نام پدر:			محل تولد:	محل صدور:
	کد ملی:	شماره شناسنامه:	جنسیت: <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن	تحصیلات:	درآمد ماهیانه:	ریال
مشخصات بیمه شده دوم	نام خانوادگی:	نام پدر:			محل تولد:	محل صدور:
	کد ملی:	شماره شناسنامه:	جنسیت: <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن	تحصیلات:	درآمد ماهیانه:	ریال
	تاریخ تولد: ۱۳ / /	وضعیت تاهل: <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/> مجرد	شغل اصلی:	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 نمی باشد)	
	محل سکونت: استان شهر	تلفن محل سکونت: (بازکرکدشهر)	محل کار: استان شهر	تلفن محل کار: (بازکرکدشهر)	نشانی دقیق کدپستی محل سکونت: تلفن همراه:	

مشخصات بیمه شده سوم	نام خانوادگی:	نام پدر:			محل تولد:	محل صدور:
	کد ملی:	شماره شناسنامه:	جنسیت: <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن	تحصیلات:	درآمد ماهیانه:	ریال
مشخصات بیمه شده چهارم	نام خانوادگی:	نام پدر:			محل تولد:	محل صدور:
	کد ملی:	شماره شناسنامه:	جنسیت: <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن	تحصیلات:	درآمد ماهیانه:	ریال
	تاریخ تولد: ۱۳ / /	وضعیت تاهل: <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/> مجرد	شغل اصلی:	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 نمی باشد)	
	محل سکونت: استان شهر	تلفن محل سکونت: (بازکرکدشهر)	محل کار: استان شهر	تلفن محل کار: (بازکرکدشهر)	نشانی دقیق کدپستی محل سکونت: تلفن همراه:	

سرمایه فوت بیمه شده اول	ریال	نرخ افزایش سرمایه فوت	<input type="checkbox"/> ۰٪ (ثابت) <input type="checkbox"/> ۵٪ <input type="checkbox"/> ۱۰٪ <input type="checkbox"/> ۱۵٪ <input type="checkbox"/> ۲۰٪
سرمایه فوت بیمه شده دوم	ریال	نرخ افزایش سرمایه فوت	<input type="checkbox"/> ۰٪ (ثابت) <input type="checkbox"/> ۵٪ <input type="checkbox"/> ۱۰٪ <input type="checkbox"/> ۱۵٪ <input type="checkbox"/> ۲۰٪
سرمایه فوت بیمه شده سوم	ریال	نرخ افزایش سرمایه فوت	<input type="checkbox"/> ۰٪ (ثابت) <input type="checkbox"/> ۵٪ <input type="checkbox"/> ۱۰٪ <input type="checkbox"/> ۱۵٪ <input type="checkbox"/> ۲۰٪
سرمایه فوت بیمه شده چهارم	ریال	نرخ افزایش سرمایه فوت	<input type="checkbox"/> ۰٪ (ثابت) <input type="checkbox"/> ۵٪ <input type="checkbox"/> ۱۰٪ <input type="checkbox"/> ۱۵٪ <input type="checkbox"/> ۲۰٪



پیشنهاد بیمه عمر و سرمایه‌گذاری (طرح خانواده)

مشخصات بیمه‌نامه (پوشش‌های اضافی)	بیمه‌گذار (بیمه‌شده اول)	<input type="checkbox"/> فوت در اثر حادثه با سرمایه..... ریال	<input type="checkbox"/> پوشش امراض خاص	<input type="checkbox"/> پوشش نقص عضو یا از کارافتادگی ناشی از حادثه	<input type="checkbox"/> پوشش معافیت از پرداخت حق بیمه در صورت از کارافتادگی
	بیمه‌شده دوم	<input type="checkbox"/> فوت در اثر حادثه با سرمایه..... ریال	<input type="checkbox"/> پوشش امراض خاص	<input type="checkbox"/> پوشش نقص عضو یا از کارافتادگی ناشی از حادثه	
	بیمه‌شده سوم	<input type="checkbox"/> فوت در اثر حادثه با سرمایه..... ریال	<input type="checkbox"/> پوشش امراض خاص	<input type="checkbox"/> پوشش نقص عضو یا از کارافتادگی ناشی از حادثه	
	بیمه‌شده چهارم	<input type="checkbox"/> فوت در اثر حادثه با سرمایه..... ریال	<input type="checkbox"/> پوشش امراض خاص	<input type="checkbox"/> پوشش نقص عضو یا از کارافتادگی ناشی از حادثه	

مشخصات بیمه‌نامه (حق بیمه و مدت بیمه‌نامه)	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			
	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				
	کسر حق بیمه پوشش‌های اضافی از	<input type="checkbox"/> حق بیمه پایه	<input type="checkbox"/> کسر حق بیمه پایه	<input type="checkbox"/> مازاد بر حق بیمه پایه		
مدت بیمه‌نامه	سال	نرخ افزایش حق بیمه منظم	<input type="checkbox"/> ۰٪ (ثابت) <input type="checkbox"/> ۵٪ <input type="checkbox"/> ۱۰٪ <input type="checkbox"/> ۱۵٪ <input type="checkbox"/> ۲۰٪			

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	بیمه‌شده	اول	دوم	سوم	چهارم	مشخصات استفاده‌کنندگان از سرمایه بیمه‌نامه (در صورت فوت بیمه‌شدگان)
				سال	ماه	روز												

* سرمایه حیات در انتهای مدت بیمه‌نامه، به شخص بیمه‌گذار پرداخت خواهد شد.

* در صورت فوت بیمه‌شده چنانچه استفاده‌کننده (گان) از سرمایه فوت تعیین نشده باشد، سرمایه فوت بین وراث قانونی بیمه‌شده به نسبت سهم الارث تقسیم خواهد شد.

* چنانچه استفاده‌کنندگان از سرمایه فوت تعیین گردد و میزان سهم آنها مشخص نشده باشد، سرمایه فوت بین استفاده‌کنندگان به نسبت مساوی تقسیم خواهد شد.

سئوالات عمومی (بیمه‌شده اول)	وضعیت انجام نظام وظیفه : <input type="checkbox"/> انجام خدمت وظیفه عمومی <input type="checkbox"/> معافیت پزشکی <input type="checkbox"/> معافیت غیر پزشکی <input type="checkbox"/> سایر.....
	در صورت معافیت، علت آن را با ذکر ماده و بند مربوطه شرح دهید؟ آیا از موتورسیکلت دنده‌ای استفاده می‌نمایید؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی، به ندرت <input type="checkbox"/> بلی، به‌طور مستمر (موارد استفاده را شرح دهید). آیا رشته (های) ورزشی خاصی را انجام می‌دهید؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی، تفریحی <input type="checkbox"/> بلی، حرفه‌ای نام رشته (های) ورزشی:

سئوالات عمومی (بیمه‌شده دوم)	وضعیت انجام نظام وظیفه : <input type="checkbox"/> انجام خدمت وظیفه عمومی <input type="checkbox"/> معافیت پزشکی <input type="checkbox"/> معافیت غیر پزشکی <input type="checkbox"/> سایر.....
	در صورت معافیت، علت آن را با ذکر ماده و بند مربوطه شرح دهید؟ آیا از موتورسیکلت دنده‌ای استفاده می‌نمایید؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی، به ندرت <input type="checkbox"/> بلی، به‌طور مستمر (موارد استفاده را شرح دهید). آیا رشته (های) ورزشی خاصی را انجام می‌دهید؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی، تفریحی <input type="checkbox"/> بلی، حرفه‌ای نام رشته (های) ورزشی:

سئوالات عمومی (بیمه‌شده سوم)	وضعیت انجام نظام وظیفه : <input type="checkbox"/> انجام خدمت وظیفه عمومی <input type="checkbox"/> معافیت پزشکی <input type="checkbox"/> معافیت غیر پزشکی <input type="checkbox"/> سایر.....
	در صورت معافیت، علت آن را با ذکر ماده و بند مربوطه شرح دهید؟ آیا از موتورسیکلت دنده‌ای استفاده می‌نمایید؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی، به ندرت <input type="checkbox"/> بلی، به‌طور مستمر (موارد استفاده را شرح دهید). آیا رشته (های) ورزشی خاصی را انجام می‌دهید؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی، تفریحی <input type="checkbox"/> بلی، حرفه‌ای نام رشته (های) ورزشی:

سئوالات عمومی (بیمه‌شده چهارم)	وضعیت انجام نظام وظیفه : <input type="checkbox"/> انجام خدمت وظیفه عمومی <input type="checkbox"/> معافیت پزشکی <input type="checkbox"/> معافیت غیر پزشکی <input type="checkbox"/> سایر.....
	در صورت معافیت، علت آن را با ذکر ماده و بند مربوطه شرح دهید؟ آیا از موتورسیکلت دنده‌ای استفاده می‌نمایید؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی، به ندرت <input type="checkbox"/> بلی، به‌طور مستمر (موارد استفاده را شرح دهید). آیا رشته (های) ورزشی خاصی را انجام می‌دهید؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی، تفریحی <input type="checkbox"/> بلی، حرفه‌ای نام رشته (های) ورزشی:

مهر، امضاء و نام نمایندگی

تاریخ: / / ۱۳



پیشنهاد بیمه عمر و سرمایه‌گذاری (طرح خانواده)

شرح (در صورت حیات، وضعیت سلامت و در صورت فوت علت آن را شرح دهید)	حیات / فوت	سن	افراد خانواده	بیمه شده اول	وضعیت سلامت خانواده
	<input type="checkbox"/> حیات <input type="checkbox"/> فوت		پدر	بیمه شده اول	
	<input type="checkbox"/> حیات <input type="checkbox"/> فوت		مادر		
	<input type="checkbox"/> حیات <input type="checkbox"/> فوت		<input type="checkbox"/> خواهر/ <input type="checkbox"/> برادر		
	<input type="checkbox"/> حیات <input type="checkbox"/> فوت		<input type="checkbox"/> خواهر/ <input type="checkbox"/> برادر		
	<input type="checkbox"/> حیات <input type="checkbox"/> فوت		<input type="checkbox"/> خواهر/ <input type="checkbox"/> برادر		
	<input type="checkbox"/> حیات <input type="checkbox"/> فوت		پدر	بیمه شده دوم	
	<input type="checkbox"/> حیات <input type="checkbox"/> فوت		مادر		
	<input type="checkbox"/> حیات <input type="checkbox"/> فوت		<input type="checkbox"/> خواهر/ <input type="checkbox"/> برادر		
	<input type="checkbox"/> حیات <input type="checkbox"/> فوت		<input type="checkbox"/> خواهر/ <input type="checkbox"/> برادر		
	<input type="checkbox"/> حیات <input type="checkbox"/> فوت		<input type="checkbox"/> خواهر/ <input type="checkbox"/> برادر		

آیا تا به حال بیمه‌شدگان درخواست بیمه عمری داشته‌اند که یک شرکت بیمه صدور آن را نپذیرفته باشد؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر (در صورت مثبت بودن، جدول زیر را تکمیل کنید). آیا بیمه‌شدگان در حال حاضر پیشنهاد بیمه عمر یا حادثه در جریان صدور یا صادر شده دارند؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر (در صورت مثبت بودن، جدول زیر را تکمیل کنید).						
شرح (در صورت عدم صدور بیمه‌نامه، علت آن را شرح دهید)	سرمایه فوت	تاریخ	وضعیت بیمه‌نامه	نوع بیمه‌نامه	نام شرکت بیمه‌ای	نام بیمه‌شده
	ریال	۱۳ / /	<input type="checkbox"/> صدور <input type="checkbox"/> عدم صدور			
	ریال	۱۳ / /	<input type="checkbox"/> صدور <input type="checkbox"/> عدم صدور			
	ریال	۱۳ / /	<input type="checkbox"/> صدور <input type="checkbox"/> عدم صدور			
	ریال	۱۳ / /	<input type="checkbox"/> صدور <input type="checkbox"/> عدم صدور			
	ریال	۱۳ / /	<input type="checkbox"/> صدور <input type="checkbox"/> عدم صدور			
	ریال	۱۳ / /	<input type="checkbox"/> صدور <input type="checkbox"/> عدم صدور			

*اینجانبان (بیمه‌گذار و بیمه‌شدگان) امضاءکنندگان این پیشنهاد اعلام می‌داریم که به کلیه سئوالات مشروحه در این فرم با صداقت و به نحو کامل پاسخ داده و از مقررات و شرایط عمومی و اختصاصی بیمه‌نامه که جزء لاینفک این قرارداد می‌باشد، اطلاع کامل حاصل نموده و 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 بیمه شده نیاز باشد کسب نمایند.

*ضمناً اینجانبان (بیمه‌گذار و بیمه‌شدگان) مطلعیم که ارزش بازخریدی بیمه‌نامه عمر اندوخته ساز، با نرخ سود تضمینی ۱۵٪ و به صورت روز شمار می‌باشد که طبق قوانین بیمه‌های مربوطه، برای مدت ۱۰ سال تضمین شده است. پس از ۱۰ سال، نرخ سودبیمه‌نامه براساس اعلام و ابلاغ بیمه‌مرکزی جمهوری اسلامی ایران اعمال خواهد شد. نرخ سود پیش‌بینی اعم از ۲۰٪ و ۲۵٪، در صورت تحقق سرمایه‌گذاریهای شرکت بیمه از محل ذخایر بیمه‌نامه، به صورت مشارکت در منافع اعطا خواهد شد.

نام بیمه‌گذار (بیمه‌شده اول): امضاء بیمه‌گذار (بیمه‌شده اول): تاریخ:	نام بیمه‌شده دوم: امضاء بیمه‌شده دوم: تاریخ:
نام بیمه‌شده سوم: امضاء بیمه‌شده سوم: تاریخ:	نام بیمه‌شده چهارم: امضاء بیمه‌شده چهارم: تاریخ:

آیا بیمه‌گذار و بیمه‌شدگان را شخصاً می‌شناسید؟ آیا ملاحظات خاصی از سلامت فعلی یا گذشته بیمه‌گذار و بیمه‌شدگان دارید؟ شرح دهید.	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر از چه مدتی؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر
آیا درباره شرایط بیمه عمر اطلاعات کامل در اختیار بیمه‌گذار و بیمه‌شدگان گذارده‌اید؟ آیا صحت امضاء بیمه‌گذار و بیمه‌شدگان مورد تأیید شما می‌باشد؟	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر

کد نمایندگی مهر، امضاء و نام نمایندگی	شرح پزشک معتمد: نام، امضاء و مهر پزشک معتمد:	اضافه نرخ پزشکی بیمه شده اول درصد بیمه شده دوم درصد بیمه شده سوم درصد بیمه شده چهارم درصد	تاریخ: ۱۳ / /	تاریخ: ۱۳ / /	تاریخ: ۱۳ / /
--	---	---	---------------	---------------	---------------