

فرم پیشنهاد بیمه عمر و تشکیل سرمایه

مشخصات بیمه شده

نام و نام خانوادگی	کد ملی	تاریخ تولد
شماره شناسنامه	نام پدر	وضعیت تأهل
جنسیت	شغل فرعی	درآمد ماهیانه (به ریال)
نشانی و تلفن منزل		تلفن همراه
نشانی و تلفن محل کار		

مشخصات بیمه گذار *چنانچه بیمه شده و بیمه گذار یک شخص باشد، تکمیل این قسمت ضرورتی ندارد. ** چنانچه بیمه گذار، شخصیت حقوقی باشد، قسمت های مربوطه در جدول زیر تکمیل گردد.

نام و نام خانوادگی / شرکت	کد ملی / شناسه ملی	تاریخ تولد / ثبت
شماره شناسنامه / ثبت	نام پدر	وضعیت تأهل
جنسیت	شغل اصلی / موضوع فعالیت	درآمد ماهیانه (به ریال)
نشانی و تلفن منزل		تلفن همراه
نشانی و تلفن محل کار		نسبت با بیمه شده

شرایط درخواستی

- اجباری**
- روش پرداخت حق بیمه: یک جا سالیانه شش ماهه چهار ماهه سه ماهه دو ماهه ماهیانه
 - نحوه واریز حق بیمه: کسر از حقوق با شناسه واریز
 - مدت بیمه: حداکثر برای مدت سال
 - تاریخ شروع بیمه نامه: از تاریخ صدور از تاریخ / /
 - حق بیمه سال اول (به ریال):
 - ضریب افزایش سالانه حق بیمه: بدون افزایش ۱۰٪ ۲۰٪ ۳۰٪ ۴۰٪ ۵۰٪
 - سرمایه فوت سال اول (به ریال):
 - ضریب افزایش سالانه سرمایه: بدون افزایش ۵٪ ۱۰٪ ۱۵٪ ۲۰٪ ۲۵٪ ۳۰٪
- اختیاری**
- سرمایه فوت ناشی از حادثه: یک برابر دو برابر سه برابر بیشتر از سرمایه فوت
 - هزینه پزشکی ناشی از حادثه: ۵٪ ۱۰٪ ۲۰٪ سرمایه فوت ناشی از حادثه (به شرط انتخاب ردیف ۹-۱)
 - نقص عضو حادثی: یک برابر یک و نیم برابر دو برابر سرمایه فوت عادی
 - ۱-۱۱. امراض خاص بیماری های اصلی: ۱۰٪ ۲۰٪ ۳۰٪ ۴۰٪ ۵۰٪ سرمایه فوت به هر علت
 - ۲-۱۱. امراض خاص بیماری های تکمیلی: ۱۰٪ ۲۰٪ ۳۰٪ ۴۰٪ ۵۰٪ سرمایه فوت به هر علت
 - ۱-۱۲. معافیت از پرداخت حق بیمه در صورت از کارافتادگی
 - ۲-۱۲. مستمری از کارافتادگی معادل (حداکثر ۵) برابر حق بیمه سالانه (به شرط انتخاب ردیف ۱۲-۱)
 ۱۳. پرداخت حق بیمه پوشش های اختیاری جدا از حق بیمه اصلی
 ۱۴. سپرده گذاری اولیه به مبلغ ریال

پوشش بیمه ای بیمه گذار

- * صرفاً در حالتی که بیمه شده و بیمه گذار دو نفر باشند، امکان انتخاب یکی از پوشش های زیر وجود دارد.
۱۵. معافیت بیمه گذار از پرداخت حق بیمه در صورت فوت ناشی از حادثه
 ۱۶. معافیت بیمه گذار از پرداخت حق بیمه در صورت فوت به هر علت

مشخصات ذینفعان

* در صورت عدم تعیین ذینفعان در جدول زیر، وراث قانونی بیمه شده به عنوان ذینفعان فوت محسوب می گردند.
** در این بیمه نامه شخص بیمه گذار به عنوان ذینفع حیات بیمه نامه محسوب می شود. در صورتی که شخص دیگری به غیر از بیمه گذار به عنوان ذینفع حیات موردنظر باشد، مشخصات وی در جدول زیر درج گردد.

ذینفع	ردیف	نام و نام خانوادگی	کد ملی	نام پدر	تاریخ تولد	شماره همراه	نسبت با بیمه شده	درصد سهم
	۱							
فوت	۲							
	۳							
حیات	۱							

سؤالات عمومی و پزشکی

* لطفاً با توجه به وضعیت سلامت بیمه شده و بیمه گذار به تمامی پرسش های زیر با دقت و صداقت کامل پاسخ دهید

** چنان چه پوشش بیمه ای ردیف ۱۵ یا ۱۶ در صفحه قبل انتخاب شده باشد، پاسخ به سوالات مربوط به بیمه گذار در جدول زیر الزامی است

بیمه شده	بیمه گذار	۱ بیمه شده: قد	سانتی متر، وزن	کیلوگرم / بیمه گذار: قد	سانتی متر، وزن	کیلوگرم
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	۲ در رابطه با وضعیت نظام وظیفه، آیا دارای معافیت پزشکی هستید؟ علت:				
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	۳ چنانچه فردی از اعضای خانواده شما در قید حیات نیست، توضیح دهید در چه سنی و به چه علت فوت کرده است؟				
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	۴ آیا در حال حاضر بیمه عمر و حادثه دیگر و یا پیشنهاد در جریان صدور دارید؟ چه نوع	کدام شرکت	میزان سرمایه فوت		
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	۵ آیا تاکنون پیشنهاد بیمه عمر به شرکت بیمه‌ای داده‌اید که مورد قبول واقع نشده باشد؟ علت آن را توضیح دهید.				
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	۶ آیا پوشش معافیت بیمه گذار(بند ۱۵ یا ۱۶ صفحه اول پرسش نامه) را در بیمه نامه عمر دیگری نزد بیمه سینا انتخاب یا خریداری نموده اید؟				
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	۷ آیا رشته‌های ورزشی خاصی را انجام می‌دهید؟ <input type="checkbox"/> تفریحی <input type="checkbox"/> حرفه‌ای (حضور در مسابقات) نام رشته‌های ورزشی				
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	۸ آیا سابقه مصرف سیگار، مواد مخدر و... را دارید؟ نوع مصرف	مدت استفاده	آخرین تاریخی که استفاده کرده‌اید مصرف روزانه؟		
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	۹ آیا داروی خاصی را برای مدت بیش از ۳ ماه مصرف نموده‌اید؟ نام دارو				
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	۱۰ آیا در سه سال گذشته، وزن شما تغییر کرده است؟ <input type="checkbox"/> اضافه شده است <input type="checkbox"/> کم شده است/ به مقدار کیلوگرم/ علت				
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	۱۱ آیا در حال حاضر دچار از کارافتادگی یا نقص عضو می‌باشید؟ چند درصد				
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	۱۲ آیا ظرف ۳ سال گذشته بستری یا عمل جراحی داشته‌اید؟				
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	۱۳ آیا اخیراً غیر از سرماخوردگی و دندانپزشکی به پزشک مراجعه نموده‌اید؟				
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	۱۴ آیا در بین افراد خانواده شما کسی به سل، بیماری‌های قلبی، بیماری قند، روحی و عصبی، سرطان، انواع سکنه و یا بیماری‌های مسری مبتلا بوده است؟				
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	۱۵ سابقه ابتلا به بیماری‌های قلب و عروق، سرگیجه، گردش خون، فشار خون، دیابت، چربی خون و بالا بودن کلسترول و یا ناراحتی‌های مرتبط با قلب و عروق				
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	۱۶ سابقه ابتلا به بیماری‌های دستگاه تنفسی مانند سرفه مزمن، تنگی نفس به هنگام فعالیت، آسم و غیره				
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	۱۷ سابقه ابتلا به بیماری‌های عفونی مانند سل، هپاتیت، حصبه، تب مالت، مالاریا، ایدز، کیست هیداتیک و غیره				
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	۱۸ سابقه ابتلا به بیماری‌های سرطانی خوش خیم و بدخیم، بیماری‌های غدد مانند تیروئید و ...				
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	۱۹ سابقه ابتلا به بیماری‌های عصبی و شوکی، سکنه مغزی، تشنج، پارکینسون، آلزایمر، عدم تعادل روانی و یا هر نوع بیماری دیگری در رابطه با اعصاب و روان				
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	۲۰ سابقه ابتلا به بیماری‌های هورمونی، ربوی، براقن، کلیوی، بیماری‌های مقاربتی، دستگاه تناسلی و یا هر نوع بیماری داخلی، عفونی و یا خونی دیگر				
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	۲۱ سابقه ابتلا به بیماری‌های گوارشی، کبد، پانکراس، خون‌ریزی گوارشی و غیره				
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	۲۲ سابقه ابتلا به بیماری و عارضه دیگری که در سؤالات بالا ذکر نشده است.				
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	۲۳ آیا تاکنون اقدام به خودکشی نموده اید؟ در صورت مثبت بودن پاسخ تعداد و زمان آن را اعلام نمایید.				
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	۲۴ (ویژه بانوان) سابقه ابتلا به بیماری‌های زنان				
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	۲۵ (ویژه بانوان) آیا در حال حاضر باردار می‌باشید؟				
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	۲۶ (ویژه بانوان) سابقه مشکلات مربوط به پستان‌ها مانند درد یا توده در پستان و عدم تقارن در ناحیه سینه یا زیر بغل				

در صورت مثبت بودن پاسخ هر یک از سوالات ردیف های ۱۲ تا ۲۶، لطفاً ردیف، نوع شخص (بیمه شده یا بیمه گذار) نام بیماری، تاریخ ابتلا و وضعیت فعلی را مرقوم فرمایید.

اینجانبان به‌عنوان بیمه‌گذار و بیمه‌شده کلیه مفاد و شرایط عمومی بیمه‌نامه را مطالعه و به سوالات با صداقت پاسخ داده و ضمن اطلاع از اصل حسن نیت در صدور بیمه‌نامه از هرگونه اظهار خلاف واقع به موجب قانون بیمه که باعث ابطال و یا فسخ قرارداد شده خودداری نموده و ضمن مطالعه کامل جدول بازخرید ارائه شده و تعهدات درج شده در آن و قبول تمامی شرایط و با امضای این فرم که توسط اینجانبان تکمیل شده است، ضمن عقد خارج لازم تقاضای صدور بیمه‌نامه را بر اساس شرایط پیشنهادی و اصلاحات انجام شده توسط بیمه گر داریم.

نام بیمه‌گذار	نام بیمه‌شده یا ولی یا قیم قانونی ایشان	تاریخ و امضاء	تاریخ و امضاء
این قسمت توسط نماینده فروش تکمیل شود			
۱. بیمه‌شده/ بیمه‌گذار را شخصاً رؤیت نموده‌اید؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	نام و کد نماینده فروش	تاریخ و امضاء
۲. به‌نظر شما بیمه‌شده/ بیمه‌گذار در حال حاضر از سلامت کامل برخوردار می‌باشد؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>		
۳. در مورد شرایط بیمه‌نامه اطلاعات کامل را در اختیار بیمه‌شده/ بیمه‌گذار قرار داده‌اید؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>		
۴. صحت امضای بیمه‌شده/ بیمه‌گذار مورد تأیید شما می‌باشد؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>		
اینجانبان نمایندگی کد ضمن اعلام صداقت در ارائه مشاوره به بیمه‌گذار و بیمه‌شده و همچنین تکمیل فرم بدون دخل و تصرف اینجانبان صحت اطلاعات مندرج در این فرم را بر مبنای اظهارات بیمه‌گذار و بیمه‌شده اعلام می‌نمایم.			
نظر کارشناس/ پزشک معتمد بیمه‌گر			
نام کارشناس/ پزشک معتمد		تاریخ و امضاء	