

پرسش نامه بیمه عمر سینابان

گیرد دست دوست

مشخصات بیمه شده

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

مشخصات بیمه گذار

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	۱. روش پرداخت حق بیمه: یک جا ☐ سالیانه ☐ شش ماهه ☐ سه ماهه ☐ ماهیانه ☐ کسر از حقوق ☐
	۲. مدت بیمه: حداکثر برای مدت سال
	۳. تاریخ شروع بیمه نامه: از تاریخ صدور از تاریخ / /
	۴. حق بیمه سال اول (به ریال):
	۵. ضریب افزایش سالانه حق بیمه: بدون افزایش ☐ ۵٪ ☐ ۱۰٪ ☐ ۱۵٪ ☐ ۲۰٪
	۶. سرمایه فوت سال اول (به ریال):
	۷. ضریب افزایش سالانه سرمایه: بدون افزایش ☐ ۵٪ ☐ ۱۰٪ ☐ ۱۵٪ ☐ ۲۰٪
اختیاری	۸-۱. سرمایه فوت ناشی از حادثه: یک برابر ☐ دو برابر ☐ سه برابر بیشتر از سرمایه فوت
	۸-۲. نقص عضو حادثی: یک برابر ☐ دو برابر ☐ سرمایه فوت عادی (به شرط انتخاب ردیف ۸-۱)
	۸-۳. هزینه پزشکی ناشی از حادثه: ۵٪ ☐ ۱۰٪ ☐ سرمایه فوت ناشی از حادثه (به شرط انتخاب ردیف ۸-۱)
	۹. امراض خاص ☐
	۱۰-۱. معافیت از پرداخت حق بیمه در صورت از کارافتادگی ☐
	۱۰-۲. مستمری از کارافتادگی معادل (حداکثر ۵ برابر) برابر حق بیمه سالانه (به شرط انتخاب ردیف ۱۰-۱)
	۱۱. پرداخت حق بیمه پوشش های اختیاری جدا از حق بیمه اصلی ☐
	۱۲. 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 این پوشش وجود دارد.
	** فقط یکی از گزینه های زیر قابل انتخاب است.
	۱۳. معافیت بیمه گذار از پرداخت حق بیمه در صورت فوت ناشی از حادثه ☐
	۱۴. 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	نسبت با بیمه شده	درصد سهم
	۱						
فوت	۲						
	۳						
حیات	۱						

سؤالات عمومی و پزشکی

* چنانچه هریک از سؤالات زیر در مورد شما صدق می‌کند، آن را با علامت ✓ مشخص کنید.

* چنانچه پوشش بیمه‌ای ردیف ۱۴ در صفحه قبل انتخاب نشده باشد، پاسخ به سؤالات مربوط به بیمه‌گذار در جدول زیر ضرورت ندارد.

بیمه‌شده: قد	سانتی‌متر، وزن	کیلوگرم / بیمه‌گذار: قد	سانتی‌متر، وزن	کیلوگرم	بیمه‌شده	بیمه‌گذار
۱	در رابطه با وضعیت نظام وظیفه، آیا دارای معافیت پزشکی هستید؟ علت:					
۲	چنانچه فردی از اعضاء خانواده شما در قید حیات نیست، توضیح دهید در چه سنی و به چه علت فوت کرده است؟					
۳	آیا در حال حاضر بیمه عمر و حادثه دیگر و یا پیشنهاد در جریان صدوری دارید؟ چه نوع	کدام شرکت	میزان سرمایه فوت			
۴	آیا تاکنون پیشنهاد بیمه عمر به شرکت بیمه‌ای داده‌اید که مورد قبول واقع نشده باشد؟ علت آن را توضیح دهید.					
۵	آیا رشته‌های ورزشی خاصی را انجام می‌دهید؟ ☐ تفریحی ☐ حرفه‌ای (حضور در مسابقات)	نام رشته‌های ورزشی				
۶	آیا سابقه مصرف سیگار، مواد مخدر و... را دارید؟ نوع مصرف	مدت استفاده	آخرین تاریخی که استفاده کرده‌اید؟	مصرف روزانه؟		
۷	آیا داروی خاصی را برای مدت بیش از ۳ ماه مصرف نموده‌اید؟ نام دارو	علت استفاده				
۸	آیا در سه سال گذشته، وزن شما تغییر کرده است؟ ☐ اضافه شده است ☐ کم شده است/ به مقدار	کیلوگرم/ علت				
۹	آیا در حال حاضر دچار از کارافتادگی یا نقص عضو می‌باشید؟ چند درصد	در کدام ناحیه				
۱۰	آیا ظرف ۳ سال گذشته بستری یا عمل جراحی داشته‌اید؟					
۱۱	آیا اخیراً غیر از سرماخوردگی و دندانپزشکی به پزشک مراجعه نموده‌اید؟					
۱۲	آیا در بین افراد خانواده شما کسی به سل، بیماری‌های قلبی، بیماری قند، روحی و عصبی، سرطان، انواع سکتو و یا بیماری‌های مسری مبتلا بوده است؟					
۱۳	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					
۱۴	سابقه ابتلا به بیماری‌های دستگاه تنفسی مانند سرفه مزمن، تنگی نفس به‌هنگام فعالیت، آسم و غیره					
۱۵	سابقه بیماری‌های عفونی مانند سل، هپاتیت، حصبه، تب مالت، مالاریا، ایدز، کیست هیداتیک و غیره					
۱۶	سابقه ابتلا به بیماری‌های سرطانی، غددی مانند تیروئید و غیره					
۱۷	سابقه بیماری‌های عصبی و شوکی، سکتو مغزی، تشنج، عدم تعادل روانی و یا هر نوع بیماری دیگری در رابطه با اعصاب و روان					
۱۸	سابقه بیماری‌های هورمونی، ریوی، یرقان، کلیوی، بیماری‌های مقاربتی، دستگاه تناسلی و یا هر نوع بیماری داخلی، عفونی و یا خونی دیگر					
۱۹	سابقه ابتلا به بیماری‌های گوارشی، کبد، پانکراس، خون‌ریزی گوارشی و غیره					
۲۰	سابقه ابتلا به بیماری و عارضه دیگری که در سؤالات بالا ذکر نشده است.					
۲۱	(ویژه بانوان) سابقه ابتلا به بیماری‌های زنان					
۲۲	(ویژه بانوان) آیا در حال حاضر باردار می‌باشید؟					
۲۳	(ویژه بانوان) سابقه مشکلات مربوط به پستان‌ها مانند درد یا توده در پستان و عدم تقارن در ناحیه سینه یا زیر بغل					
۲۴	در صورت مثبت بودن پاسخ هریک از سؤالات ردیف‌های ۱۱ تا ۲۴، لطفاً ردیف، نوع شخص (بیمه‌شده یا بیمه‌گذار) نام بیماری، تاریخ و نام پزشک معالج را مرقوم فرمایید.					

اینجانبان به‌عنوان بیمه‌گذار و بیمه‌شده کلیه مفاد و شرایط عمومی بیمه‌نامه را مطالعه و به سؤالات با صداقت پاسخ داده و اطلاع داریم که هرگونه اظهار خلاف واقع به موجب قانون بیمه باعث ابطال و یا فسخ قرارداد شده و ضمن اطلاع کامل از حدود تعهدات خود و بیمه‌گر و نیز ارزش بازخرید بیمه‌نامه، تقاضای صدور آن را داریم.

بیمه‌گذار - تاریخ و امضاء	بیمه‌شده - تاریخ و امضاء
این قسمت توسط نماینده فروش تکمیل شود	
۱. بیمه‌شده/ بیمه‌گذار را شخصاً رؤیت نموده‌اید؟	☐ بله ☐ خیر
۲. به‌نظر شما بیمه‌شده/ بیمه‌گذار در حال حاضر از سلامت کامل برخوردار می‌باشد؟	☐ بله ☐ خیر
۳. در مورد شرایط بیمه‌نامه اطلاعات کامل را در اختیار بیمه‌شده/ بیمه‌گذار قرار داده‌اید؟	☐ بله ☐ خیر
۴. صحت امضای بیمه‌شده/ بیمه‌گذار مورد تأیید شما می‌باشد؟	☐ بله ☐ خیر

نظر کارشناس/ پزشک معتمد بیمه‌گر

نام کارشناس/ پزشک معتمد تاریخ و امضاء