

بیمه گزار محترم، شرکت بیمه آسیا برای ارائه خدمات بهتر و جلب رضایت شما مشتریان عزیز توصیه می نماید با مطالعه مفاد این پرسشنامه و آگاهی کامل از شرایط بیمه نامه و تعهدات قرارداد، اقدام به خرید نمایید. لذا خواهشمند است پاسخ کلیه سؤالات احتمالی خود را از همکاران این شرکت دریافت و متعاقب آن تصمیم گیری نمایید.

شماره پرسشنامه: **qsn-** (این فرم لازم است بدون خط خوردگی توسط بیمه گزار و بیمه شده تکمیل گردد). تاریخ تکمیل:

نام خانوادگی / نام شرکت:									
نام:									
تاریخ تولد:/...../..... شماره شناسنامه: نام پدر: محل تولد: تابعیت: جنسیت: ☐ زن ☐ مرد									
شماره ملی (حقیقی/کد اقتصادی/حقوقی): شماره ثبت: شغل: وضعیت تأهل: ☐ متاهل ☐ متاهل (لطفاً از ذکر عناوینی نظیر آزاد و کارگر خودداری نمایید)									
تلفن ثابت: کدشهرستان: تلفن همراه: نسبت با بیمه شده: شماره پرسنلی:									
نشانی دقیق محل کار: پست الکترونیکی: @									
نشانی دقیق محل سکونت: کد پستی:									

مشخصات بیمه گزار

توجه: در صورت یکسان بودن بیمه گزار و بیمه شده نیاز به تکمیل این قسمت نمی باشد.

نام خانوادگی:									
نام:									
تاریخ تولد:/...../..... شماره شناسنامه: نام پدر: محل تولد: تابعیت: جنسیت: ☐ زن ☐ مرد									
شماره ملی: شغل: (لطفاً از ذکر عناوینی نظیر آزاد و کارگر خودداری نمایید) وضعیت تأهل: ☐ متاهل ☐ متاهل									
تلفن ثابت: کدشهرستان: تلفن همراه: شماره پرسنلی:									
نشانی دقیق محل کار: پست الکترونیکی: @									
نشانی دقیق محل سکونت: کد پستی:									

مشخصات بیمه شده

۱- روش پرداخت حق بیمه: ☐ یکجا ☐ تسهیلات بانکی (ماهانه)		۲- حق بیمه یکجا (وام بانکی): ریال	
۳- مدت بیمه نامه: ۵ سال		۴- سرمایه مستمری اولیه قوت بیمه شده: ریال	
۵- میزان افزایش سالانه بازپرداخت سرمایه مستمری: ثابت		۶- مدت بازپرداخت مستمری: ۱-۶- اندوخته: ☐ یکجا ☐ مادام العمر	
۷- واریز اضافی به اندوخته (*): ریال		۸- ۲-۶- سرمایه: ۵ سال	

مشخصات بیمه نامه

استفاده کننده از اندوخته مستمری در صورت حیات بیمه شده در مدت بیمه نامه:									
بیمه گزار ☐ بیمه شده ☐ سایر ☐ نام و نام خانوادگی: کد ملی: تاریخ تولد: نام پدر: نسبت:									
استفاده کننده (گان) از سرمایه مستمری در صورت فوت بیمه شده:									
وراث قانونی به نسبت سهم الارث ☐ وراث قانونی به نسبت مساوی ☐ سایر ☐ (به شرح جدول ذیل)									
نام و نام خانوادگی	شماره ملی	تاریخ تولد روز / ماه / سال	نام پدر	نسبت با بیمه شده	درصد سهم	شماره تماس (تلفن همراه)			
۱									
۲									
۳									
۴									
۵									

استفاده کنندگان

۱- آیا تا کنون بیمه عمر و بیمه حادثه انفرادی خریداری کرده اید؟ ☐ خیر ☐ بله، در حال حاضر بیمه نامه معتبر دارم ☐ بله، تمام شده است ☐ در صورت مثبت بودن پاسخ شماره بیمه نامه نام شرکت بیمه گر سرمایه بیمه عمر سرمایه پوشش حادثه خود را ذکر نمایید.	
۲- آیا در حال حاضر پیشنهاد بیمه عمر و بیمه حادثه انفرادی در جریان صدور دارید؟ ☐ خیر ☐ بله، در صورت مثبت بودن پاسخ نام شرکت بیمه گر سرمایه بیمه عمر سرمایه پوشش حادثه خود را ذکر نمایید.	
۳- آیا تا کنون پیشنهاد بیمه عمر به شرکت بیمه ای داده اید که مورد موافقت قرار نگرفته باشد؟ در صورت مثبت بودن علت آنرا توضیح دهید.	
(تذکر: در صورت عدم اطلاع بیمه گر از وجود چنین بیمه نامه هایی بیمه گر می تواند از ایفای تمام یا بخشی از تعهدات خود خودداری نماید)	

سوابق بیمه ای بیمه شده

بیمه گزار متعهد گردید چنانچه نسبت به پرداخت اقساط تسهیلات ماخوذه از بانک مهراپران در زمان های مقرر اقدام ننماید، با اختیار تفویضی به شرکت بیمه آسیا، بیمه آسیا مجاز است از محل اندوخته بیمه نامه مذکور، معادل اقساط معوق بیمه گزار را کسر و وجوه برداشت شده را به حساب بیمه گزار نزد بانک مهراپران واریز نماید تا بدین ترتیب تعهد بیمه گزار در خصوص بازپرداخت اقساط تسهیلات دریافتی نزد بانک ایفا گردد و بیمه گر (شرکت بیمه) هیچ ضمانتی بابت اندوخته تضمینی پس از پایان قرارداد و یا مستمری مادام العمر ندارد.

شرایط خصوصی

(* بیمه گزاران می توانند مبالغی را به عنوان واریز اضافی به اندوخته صرفاً در **روش پرداخت یکجا** (حداقل ۵,۰۰۰,۰۰۰ ریال) علاوه بر حق بیمه اصلی به حساب بیمه نامه خود واریز نمایند و این مبلغ و سود حاصله در طول مدت قرارداد مطابق شرایط و دستور العمل اجرایی مربوط قابل برداشت خواهد بود.

۱- به هیچ بیماری مبتلا نبوده و در حال حاضر کاملاً سالم می باشم. ☐ خیر ☐ در صورت منفی بودن پاسخ، آیا سابقه ابتلا به بیماری های ذیل را داشته اید؟

قلب و عروق :	☐	داخلی :	☐	سکته مغزی :	☐	هپاتیت :	☐	پوست :	☐	بیماری های روماتیسمی :	☐
دستگاه تنفسی :	☐	غدد داخلی :	☐	تشنج :	☐	سل :	☐	روحي و روانی :	☐	سابقه پیوند اعضا :	☐
فشار خون :	☐	کلیه و مجاری ادرار :	☐	صرع :	☐	بیماری عفونی :	☐	استخوان و مفاصل :	☐	سابقه شکستگی :	☐
بیماری قند :	☐	سرطان :	☐	مغز و اعصاب :	☐	چشم :	☐	بیماری خونی :	☐	سابقه از کار افتادگی :	☐
نوع بیماری قند :	☐	دستگاه گوارش :	☐	بیماری های واگیردار :	☐	گوش و حلق و بینی :	☐	اختلال حرکتی :	☐	سابقه تصادف :	☐

۲- در صورت ابتلا به هر یک از بیماری های فوق و یا هر نوع بیماری دیگر، نام و تاریخ ابتلا به بیماری و نام پزشک معالج خود را اعلام فرمایید و سوابق بیماری و مدارک پزشکی ضمیمه شود.

۳- آیا از افراد خانواده شما (پدر - مادر - خواهر - برادر - همسر - فرزندان) کسی سابقه بیماری های فوق الذکر را داشته اند؟ ☐ خیر ☐ بله
در صورت مثبت بودن پاسخ، نوع بیماری، نسبت فرد بیمار و سن وی را ذکر نمایید:

۴- آیا نقص عضوی دارید؟ ☐ خیر ☐ بله چنانچه دارای هرگونه نقص عضوی می باشید با ذکر علت و درصد عنوان نمائید:

۵- آیا تا به حال در بیمارستان و یا مراکز درمانی بستری شده اید؟ ☐ خیر ☐ بله با ذکر علت عنوان نمایید:

۶- آیا تا بحال تحت عمل جراحی قرار گرفته اید؟ ☐ خیر ☐ بله نوع عمل جراحی و نتیجه آن را ذکر فرمایید. شرح عمل و گزارش پاتولوژی ضمیمه شود.

۷- آیا در ۶ ماه گذشته کاهش یا افزایش وزن داشته اید؟ ☐ خیر ☐ بله در صورت مثبت بودن پاسخ، میزان و علت آن را ذکر فرمائید:

۸- آیا دارویی را به طور مستمر استفاده می نمائید؟ ☐ خیر ☐ بله لطفاً نام دارو و میزان مصرف در ۲۴ ساعت را اعلام فرمائید.

۹- آیا از افراد خانواده شما (پدر - مادر - خواهر - برادر - همسر - فرزندان) در سن کمتر از ۶۵ سالگی **بعلت بیماری** فوت شده اند؟ ☐ خیر ☐ بله علت فوت؟

۱۰- آیا از سیگار / سایر مواد دخانی / مشروبات الکلی و مواد مخدر مصرف داشته یامی نمائید؟ ☐ خیر ☐ بله میزان و مدت مصرف آن ؟

۱۱- آیا از معافیت پزشکی در خدمت نظام وظیفه استفاده کرده اید؟ ☐ خیر ☐ بله ماده: بند: علت آن را توضیح دهید:

۱۲- قد بیمه شده CM وزن بیمه شده KG

۱۳- نام بیمه های درمانی که تحت پوشش آن هستید را اعلام فرمایید:

۱۴- (در صورتیکه بیمه شده خانم باشد) آیا باردار هستید؟ ☐ خیر ☐ بله در صورت مثبت بودن ماه بارداری ذکر شود:

اخذ امضای شخص بیمه شده الزامی است در غیر این صورت طبق ماده ۲۳ قانون بیمه، بیمه نامه باطل می باشد.

اینجانبان بعنوان بیمه گزار و بیمه شده کلیه مفاد و شرایط عمومی بیمه نامه را مطالعه نموده به کلیه سوالات با صداقت پاسخ داده و اطلاع داریم که هرگونه اظهار خلاف واقع به موجب قانون باعث ابطال قرارداد و سلب مزایای بیمه نامه می شود و ضمن اطلاع کامل از حدود تعهدات خود و بیمه گر و نیز عدم امکان باز خرید و ابطال بیمه نامه، تقاضای صدور آنرا داریم.

۱- نام بیمه گزار: تاریخ و امضاء: ۲- نام بیمه شده: تاریخ و امضاء:

اینجانب شخصاً بیمه گزار و نیز بیمه شده را ملاقات نموده ضمن **احراز هویت** ایشان و ارائه اطلاعات کافی درباره شرایط بیمه نامه و تعهدات آن، صحت اظهارات ارائه شده، امضاء و سلامتی بیمه شده و بیمه گزار را تأیید می نمایم. همچنین مسئولیت رعایت ضوابط و دستورالعمل ها متوجه این نمایندگی می باشد. رونوشت شناسنامه و کارت ملی بیمه گزار، بیمه شده و استفاده کننده (گان) به پیوست می باشد.

تاریخ، نام و امضاء بازار یاب: نام نمایندگی: کد نمایندگی: تاریخ، مهر و امضاء نماینده

با توجه به اطلاعات ذکر شده در این پیشنهاد؛ صدور بیمه نامه نیاز به آزمایش های پزشکی دارد؟ ☐ خیر ☐ بله
علت درخواست آزمایش های پزشکی: سن بیمه شده و سرمایه بیمه نامه ☐ مسائل پزشکی ☐ سایر موارد:

سوابق پزشکی بیمه شده بررسی گردید و پذیرش ایشان:

نیاز به آزمایش تکمیلی دارد: ☐ بله ☐ خیر ۲- منع پزشکی دارد: ☐ بله ☐ خیر ۳- صدور بلامانع می باشد: ☐ بله ☐ خیر.

(درج علت و توضیح توسط پزشک معتمد الزامی است) نام پزشک معتمد: تاریخ: امضاء و مهر پزشک

۱- رونوشت شناسنامه/کارت ملی ضمیمه پیشنهاد می باشد: ☐ بله ☐ خیر ۲- با توجه به اطلاعات مندرج در سوابق بیمه ای بیمه شده:

- حق بیمه بیمه نامه قبلی بطور مرتب پرداخت شده است؟ ☐ بله ☐ خیر - سابقه خسارت: دارد ☐ ندارد ۳- منع مقرراتی: دارد ☐ ندارد ☐

۴- با توجه به اطلاعات پرسشنامه، صدور بیمه نامه بلامانع می باشد: ☐ بله ☐ خیر

توضیح: کد واحد صدور: تاریخ:

نام: مهر و امضاء رئیس شعبه نام: امضاء مسئول صدور بیمه نامه