



پیشنهاد بیمه مستمری و بازنشستگی تکمیلی

مشخصات بیمه‌گذار	نام و نام خانوادگی / نام شرکت: کد اقتصادی (اشخاص حقوقی): شغل (با شرح): جنسیت: مرد ☐ زن ☐ تلفن ثابت: آدرس محل سکونت: کدپستی: آدرس محل کار:	نام پدر: شماره ثبت (اشخاص حقوقی): وضعیت نظام وظیفه: وضعیت تاهل: مجرد ☐ متاهل ☐ تلفن همراه:	محل تولد: محل صدور: شماره ملی: تابعیت / وضعیت اقامت: آخرین مدرک تحصیلی:	تاریخ تولد: شماره شناسنامه:																																						
	کد و نام نماینده / کارگزار:																																									
مشخصات بیمه‌شده	نام و نام خانوادگی: شماره ملی: تابعیت / وضعیت اقامت: جنسیت: مرد ☐ زن ☐ آدرس محل سکونت: کدپستی: آدرس محل کار:	نام پدر: نسبت با بیمه‌گذار: ملیت: وضعیت تاهل: مجرد ☐ متاهل ☐	محل تولد: شغل (با شرح): آخرین مدرک تحصیلی: تلفن ثابت:	تاریخ تولد: شماره شناسنامه: وضعیت نظام وظیفه: تلفن همراه:																																						
	(در صورتی که بیمه‌گذار و بیمه‌شده یک شخص باشد، تکمیل این کادر ضرورتی ندارد.)																																									
بیمه	نحوه پرداخت حق بیمه: ماهانه ☐ سه ماهه ☐ شش ماهه ☐ سالانه ☐ یکجا ☐ (مدت انتظار سال) سپرده اولیه: ریال مدت پرداخت حق بیمه: (از ۵ تا ۳۰ سال) مبلغ حق بیمه در شروع قرارداد (به عدد): ریال افزایش سالیانه حق بیمه: عدم افزایش ☐ از ۰ تا ۲۰ درصد ☐ (به میزان درصد) سرمایه درخواست شده در صورت فوت در مدت پرداخت حق بیمه (به عدد): ریال (سرمایه فوت از ۵۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال تا ۵,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال است.) افزایش سالیانه سرمایه بیمه عمر در مدت پرداخت حق بیمه: عدم افزایش ☐ از ۱ تا ۲۰ درصد ☐ (به میزان درصد) (افزایش سالیانه حق بیمه باید بزرگتر یا مساوی افزایش سالیانه سرمایه فوت در سال باشد و در شرایط خاص تایید نهایی نرخ منوط به موافقت بیمه‌گر می‌باشد.) نحوه دریافت مستمری: ماهانه ☐ سه ماهه ☐ شش ماهه ☐ سالانه ☐ مبلغ دریافتی مستمری در شروع با توجه به نحوه پرداخت: ریال مدت دریافت مستمری: سال (از ۱ سال تا مادام‌العمر) با تضمین ☐ (..... سال) بدون تضمین ☐ افزایش سالیانه مبلغ مستمری: عدم افزایش ☐ به میزان ۵ درصد ☐																																									
	* تنها در مدت پرداخت حق بیمه پوشش‌های تکمیلی زیر قابل ارائه می‌باشد: سرمایه فوت بر اثر حادثه: عدم درخواست ☐ برابر با سرمایه فوت ☐ دو برابر سرمایه فوت ☐ سه برابر سرمایه فوت ☐ سرمایه امراض خاص (سکته قلبی، سکته مغزی، جراحی قلب باز، پیوند اعضای اصلی بدن): بلی ☐ خیر ☐ سرمایه سرطان: بلی ☐ خیر ☐ بیمه‌گذار و بیمه‌شده متفاوت: پوشش معافیت بیمه‌گذار از پرداخت حق بیمه در صورت فوت: بلی ☐ خیر ☐ پوشش معافیت بیمه‌گذار از پرداخت حق بیمه در صورت از کارافتادگی کلی: بلی ☐ خیر ☐ بیمه‌گذار و بیمه‌شده یکسان: پوشش معافیت از پرداخت حق بیمه به علت از کارافتادگی کلی: بلی ☐ خیر ☐ سرمایه هزینه پزشکی ناشی از حادثه (منوط به اخذ پوشش حادثه می‌باشد): بلی ☐ خیر ☐ سرمایه از کارافتادگی و نقص عضو جزئی و کلی ناشی از حادثه (منوط به اخذ پوشش حادثه می‌باشد): عدم درخواست ☐ ۵۰ درصد سرمایه فوت ☐ ۱۰۰ درصد سرمایه فوت ☐ ۱۵۰ درصد سرمایه فوت ☐ ۲۰۰ درصد سرمایه فوت ☐ * در زمان دریافت مستمری، در صورت تمایل اخذ پوشش زیر امکان‌پذیر می‌باشد: سرمایه فوت به هر علت (به عدد): ریال به حروف: ریال																																									
ذینفعان مالی	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ردیف</th> <th>نام و نام خانوادگی</th> <th>شماره ملی</th> <th>تاریخ تولد</th> <th>نام پدر</th> <th>نسبت با بیمه‌شده</th> <th>درصد سهم</th> <th>اولویت</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>۱</td> <td rowspan="3">فوت بیمه‌شده</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>۲</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>۳</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>۱</td> <td>مستمری در مدت تضمین شده</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> * دریافت‌کننده مبلغ مستمری بیمه شده می‌باشد. تنها در صورت تضمین مدت دریافت مستمری، ذینفع مالی آن در قسمت کادر "مستمری در مدت تضمین شده" تعیین می‌شود. ذینفع مالی بیمه‌نامه در زمان حیات بیمه‌شده، بیمه‌شده می‌باشد.				ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره ملی	تاریخ تولد	نام پدر	نسبت با بیمه‌شده	درصد سهم	اولویت	۱	فوت بیمه‌شده							۲							۳							۱	مستمری در مدت تضمین شده						
	ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره ملی	تاریخ تولد	نام پدر	نسبت با بیمه‌شده	درصد سهم	اولویت																																		
۱	فوت بیمه‌شده																																									
۲																																										
۳																																										
۱	مستمری در مدت تضمین شده																																									
۱- چنانچه در حال حاضر در این شرکت یا شرکت دیگری بیمه زندگی برای شما صادر گردیده و یا در جریان صدور می‌باشد نوع بیمه، سرمایه فوت، تاریخ شروع، مدت قرارداد و تاریخ شروع بیمه نامه را ذکر نمایید.																																										

ارزیابی سلامت بیمه‌شده و بیمه‌گذار

قد بیمه‌شده:	وزن بیمه‌شده:	قد بیمه‌گذار:	وزن بیمه‌گذار:
۱	آیا معافیت پزشکی خدمت وظیفه دارید؟ در صورت مثبت بودن پاسخ توضیح دهید.	بیمه‌شده: بلی ☐ خیر ☐	بیمه‌گذار: بلی ☐ خیر ☐
۲	آیا دچار نقص عضو یا از کار افتادگی می‌باشید؟ در صورت مثبت بودن پاسخ توضیح دهید.	بیمه‌شده: بلی ☐ خیر ☐	بیمه‌گذار: بلی ☐ خیر ☐
۳	آیا از موتور سیکلت به طور مداوم استفاده می‌نمایید؟	بیمه‌شده: بلی ☐ خیر ☐	بیمه‌گذار: بلی ☐ خیر ☐
۴	آیا دارای سابقه بیماری‌های قلبی، دستگاه گردش خون (مانند سکت قلبی یا مغزی)، اعصاب و روان (مانند صرع یا افسردگی)، دستگاه تنفس، دستگاه گوارش، دستگاه ادراری – تناسلی، مفاصل و استخوانها، غدد داخلی (مانند دیابت)، انواع سرطان و بیماری‌های خود ایمنی و یا هر نوع بیماری مزمن دیگر می‌باشید؟ در صورت مثبت بودن پاسخ لطفاً نام بیماری و تاریخ ابتلاء و شروع آن را به همراه نام و میزان داروی مصرفی ذکر فرمایید. *ارائه پوشش بیمه‌ای برای بانوان باردار، از یکماه پس از زایمان امکان‌پذیر می‌باشد.*	بیمه‌شده: بلی ☐ خیر ☐	بیمه‌گذار: بلی ☐ خیر ☐
۵	آیا در بین افراد درجه یک خانواده شما فردی به بیماری خاصی مبتلا است؟ در صورت مثبت بودن پاسخ نام بیماری را ذکر فرمایید.	بیمه‌شده: بلی ☐ خیر ☐	بیمه‌گذار: بلی ☐ خیر ☐
۶	آیا در حال حاضر تحت نظر یا درمان پزشک می‌باشید؟ در صورت مثبت بودن پاسخ لطفاً علت، نام و میزان داروی مصرفی را ذکر فرمایید.	بیمه‌شده: بلی ☐ خیر ☐	بیمه‌گذار: بلی ☐ خیر ☐
۷	آیا تا به حال عمل جراحی انجام داده‌اید؟ در صورت مثبت بودن پاسخ توضیح دهید.	بیمه‌شده: بلی ☐ خیر ☐	بیمه‌گذار: بلی ☐ خیر ☐

اینجانبان (بیمه‌گذار و بیمه‌شده) با آگاهی کامل و پذیرش شرایط و مقررات حاکم بر بیمه‌نامه‌های بیمه زندگی خاورمیانه نسبت به تکمیل پرسش‌های فوق اقدام نموده‌ایم و با امضا ذیل این برگ اعلام می‌نماییم که کلیه پاسخ‌های ارائه شده در این فرم کاملاً صحیح و مطابق واقع است و مطلعیم که بر اساس ماده ۱۲ قانون بیمه، هرگونه اظهار خلاف واقع یا کتمان واقعیت درباره وضع سلامت بیمه‌شده سبب ابطال قرارداد و سلب مزایای بیمه‌نامه خواهد شد. ضمناً شرکت بیمه خاورمیانه مجاز است در هر زمان که لازم بداند جهت کسب اطلاعات موردنیاز به پزشک یا پزشکان معالجه‌مان مراجعه نماید و هرگونه تحقیق را در خصوص سوابق پزشکی‌مان به عمل آورد و اینجانبان متعهد می‌گردیم جهت انجام معاینات و آزمایشات پزشکی همکاری لازم را به عمل آوریم.

اینجانب کارگزار/ نماینده شخصاً بیمه‌گذار و بیمه‌شده بیمه‌نامه را ملاقات نموده ضمن احراز هویت و ارائه اطلاعات کامل و دقیق درخصوص شرایط بیمه‌نامه و میزان تعهدات و ارزش بازخريد آن، صحت امضای ایشان را تایید می‌نمایم.

**** واریز پیش قسط از سوی بیمه‌گذار هیچ‌گونه تعهدی برای بیمه‌گر ایجاد نمی‌نماید و شروع تعهد بیمه‌گر منوط به صدور بیمه‌نامه و وصول کامل قسط اول حق بیمه می‌باشد.****

نام و امضاء بیمه‌گذار: نام و امضاء بیمه‌شده: نام، کد و امضاء نماینده / کارگزار: نام و امضاء مدیرارشد / مدیر فروش:

تاریخ: تاریخ: تاریخ: تاریخ:

" در صورتیکه در هر زمان و به هر صورت عدم انتساب امضاهای فوق به بیمه‌شده و یا بیمه‌گذار اثبات گردد، بیمه‌نامه فاقد اعتبار بوده و شرکت تعهدی نسبت به پرداخت خسارت نخواهد داشت "

"کادر ذیل توسط کارشناسان بیمه تکمیل می‌گردد"

ارزیابی پزشکی	نظر پزشک معتمد
* با توجه به سن و سرمایه درخواستی و بررسی فرم پیشنهاد، فرد نیاز به انجام چکاپ: دارد ☐ ندارد ☐	نظر نهایی پزشک معتمد: رد پیشنهاد ☐ قبول پیشنهاد ☐
* با توجه به بررسی فرم پیشنهاد فوق، فرد نیاز به انجام چکاپ تکمیلی: دارد ☐ ندارد ☐	قابل قبول با اعمال اضافه نرخ ☐ علت رد پیشنهاد یا اضافه نرخ اعمالی:
امضاء ارزیاب ریسک:	امضاء پزشک معتمد: