

فرم پیشنهاد بیمه عمر و سرمایه گذاری

این قسمت توسط شعبه تکمیل شود: کد رایانه: کد عامل فروش: کد شعبه: تاریخ دریافت فرم توسط شعبه: ۱۳ / /

با توجه به اینکه کامل بودن و صحت جواب ها شرط اصلی معتبر بودن قراردادی است که بر اساس این پیشنهاد صادر می گردد خواهشمند است به تمامی پرسش های این فرم جواب داده و هیچ سؤالی را بدون پاسخ نگذارید. اعتبار بیمه عمر و سرمایه گذاری از پرداخت اولین قسط حق بیمه و با صدور بیمه نامه شروع می گردد.

نام خانوادگی:	نام پدر:	نام:
کد ملی:	تاریخ تولد:	شماره شناسنامه:
جنسیت: <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/> مرد	نسبت با بیمه گذار:	محل صدور:
آخرین مدرک تحصیلی:	شغل اصلی بیمه شده (شرح دهید):	وضعیت تأهل: <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/> مجرد
تلفن ثابت (با پیش شماره):	تلفن محل کار:	درآمد تقریبی ماهانه:
فاکس:	نشانی پست الکترونیکی (Email):	نشانی محل سکونت:
	مناسب ترین آدرس پستی اوراق بیمه: <input type="checkbox"/> منزل <input type="checkbox"/> محل کار	کد پستی ۱۰ رقمی:
	در صورتیکه بیمه شده ملیت ایرانی نداشته باشد، لازم است موارد زیر تکمیل گردد:	
نام کشور تابعه:	ملیت:	شماره پروانه کار در ایران:
پوشش بیمه اتباع خارجی منوط به داشتن پروانه کار از مراجع ذیصلاح ایران می باشد (لطفاً کپی کارت اقامت یا اجازه کار و یا رواید ضمیمه گردد).		

مشخصات بیمه شده

نام خانوادگی:	نام پدر:	نام:
کد ملی:	تاریخ تولد:	شماره شناسنامه:
جنسیت: <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/> مرد	شغل:	آخرین مدرک تحصیلی:
درآمد تقریبی ماهانه:	تلفن ثابت (با پیش شماره):	نشانی پستی ارسال اوراق بیمه:
	فاکس:	کد پستی ۱۰ رقمی:
	تلفن همراه:	نشانی محل کار:
		تلفن محل کار:
	در صورتیکه بیمه گذار شخصیت حقوقی باشد، این قسمت تکمیل گردد:	
شماره ثبت:	موضوع فعالیت:	نام موسسه:
نشانی پست الکترونیکی (Email):	کد اقتصادی:	تاریخ ثبت:
فاکس:	نشانی:	نوع ثبت: <input type="checkbox"/> دولتی <input type="checkbox"/> خصوصی
	تلفن:	کد پستی:

مشخصات بیمه گذار

سرمایه درخواست شده در صورت فوت:	ریال (حداقل ۱۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال و حداکثر ۲,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال)
نرخ تعدیل سالانه سرمایه فوت:	<input type="checkbox"/> ۰٪ <input type="checkbox"/> ۵٪ <input type="checkbox"/> ۱۰٪ <input type="checkbox"/> ۱۵٪ <input type="checkbox"/> ۲۰٪
مبلغ حق بیمه سال اول:	ریال (حداقل مبلغ حق بیمه سال اول ۳,۶۰۰,۰۰۰ ریال است.)
نرخ تعدیل سالانه حق بیمه:	<input type="checkbox"/> ۰٪ <input type="checkbox"/> ۵٪ <input type="checkbox"/> ۱۰٪ <input type="checkbox"/> ۱۵٪ <input type="checkbox"/> ۲۰٪
مدت بیمه نامه:	سال
نحوه پرداخت حق بیمه:	ماهانه <input type="checkbox"/> سه ماهه <input type="checkbox"/> شش ماهه <input type="checkbox"/> سالانه <input type="checkbox"/> سایر: _____
مبلغ حق بیمه بر حسب نوع پرداخت:	ریال
مبلغ مازاد سرمایه گذاری در ابتدای دوره (سپرده اولیه):	ریال

مشخصات بیمه نامه

سرمایه تکمیلی فوت ناشی از حادثه: دارد <input type="checkbox"/> (به میزان یک برابر <input type="checkbox"/> دو برابر <input type="checkbox"/> سه برابر <input type="checkbox"/> چهار برابر <input type="checkbox"/> سرمایه بیمه عمر) ندارد <input type="checkbox"/>
پوشش معافیت از پرداخت حق بیمه در صورت ازکارافتادگی کلی و دائم به هر علت: ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> (این پوشش در صورتی که بیمه شده و بیمه گذار یکی باشند یا بیمه گذار شخصیت حقوقی داشته باشد قابل ارائه می باشد)
سرمایه امراض خاص: ریال (حداکثر ۳۰ درصد سرمایه بیمه عمر)
پوشش نقص عضو دائم ناشی از حادثه: ندارد <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> (معادل ۱۰۰ درصد سرمایه بیمه عمر)
توجه: در صورت بروز حوادث ناشی از رانندگی بیمه شده با وسائط نقلیه موتوری، ایفای تعهدات بیمه گرمشروط به داشتن گواهینامه رانندگی مجاز متناسب با همان وسیله نقلیه می باشد.

پوشش های تکمیلی

* توجه: کپی کارت ملی بیمه شده و بیمه گذار (در صورتی که حقیقی باشد) ضمیمه فرم پیشنهاد گردد.

- در صورتی که استفاده کننده در صورت حیات تعیین نشود، شخص بیمه گذار و در صورتی که استفاده کننده در صورت فوت تعیین نشود، وراث قانونی شخص بیمه شده به عنوان استفاده کننده محسوب می شود.
- در صورتی که استفاده کنندگان تعیین شده ولی سهم آنها مشخص نشده باشد، سرمایه به نسبت مساوی بین استفاده کنندگان تقسیم خواهد شد.

ردیف	نام و نام خانوادگی	کد ملی	نام پدر	نسبت با بیمه شده	درصد سهم	اولویت
۱	در صورت حیات					
۲	در صورت فوت					۱
						۲
						۳
						۴
						۵

استفاده کنندگان از سرمایه بیمه

۱- آیا تا به حال درخواست بیمه عمر نموده‌اید که رد شده باشد؟ خیر بلی (در صورت مثبت بودن پاسخ، جدول زیر را تکمیل نمایید).

۲- آیا در حال حاضر پیشنهاد بیمه عمر یا حادثه در جریان صدور و یا صادر شده دارید؟ خیر بلی (در صورت مثبت بودن پاسخ، جدول زیر را تکمیل نمایید).

نام شرکت بیمه	نوع بیمه نامه	وضعیت بیمه نامه	تاریخ	سرمایه فوت	شرح علت عدم صدور بیمه نامه
		در جریان صدور <input type="checkbox"/> صدور <input type="checkbox"/> عدم صدور <input type="checkbox"/>	/ /		
		در جریان صدور <input type="checkbox"/> صدور <input type="checkbox"/> عدم صدور <input type="checkbox"/>	/ /		

سابقه بیمه‌ای بیمه شده

- تذکر: چنانچه در طول مدت اعتبار بیمه نامه و یا پس از خاتمه آن مشخص شود که بیمه شده کلیه بیمه نامه های عمر خود نزد هر یک از شرکت های بیمه را در جدول مذکور اعلام نداشته است، شرکت بیمه کوثر می تواند از ایفای تمام یا بخشی از تعهدات خود، خودداری نماید.

پاسخ های این قسمت که توسط بیمه شده تکمیل می گردد در تعیین ریسک و نرخ حق بیمه تأثیر دارد. لذا پاسخ های گمراه کننده یا اشتباه، منجر به عدم ایفای تمام یا بخشی از تعهدات شرکت بیمه کوثر خواهد شد.

وزن دقیق بیمه شده: ----- کیلو گرم

قد دقیق بیمه شده: ----- سانتی متر

۱- آیا سابقه مصرف سیگار یا سایر دخانیات را داشته اید؟ خیر بلی : میزان مصرف: ----- مدت استعمال: ----- سال

۲- آیا مشمول معافیت پزشکی در خدمت نظام وظیفه شده اید؟ خیر بلی : علت معافیت پزشکی: -----

۳- آیا در شش ماه گذشته، تغییر وزن داده اید؟ خیر بلی : اضافه شده است کم شده است میزان: ----- کیلوگرم علت -----

۴- آیا به صورت مستمر ورزش می کنید؟ خیر بلی : به طور دقیق چه ورزشی؟ ----- چند ساعت در هفته؟ -----

۵- آیا از موتور سیکلت استفاده می کنید؟ خیر بلی : چند روز در هفته؟ -----

۶- آیا به صورت مستمر سفر می کنید؟ خیر بلی : تعداد مسافرت ماهانه، وسیله نقلیه و مقصد را بیان فرمائید. -----

۷- آیا تاکنون عمل جراحی انجام داده اید و یا به هر دلیلی در بیمارستان و یا آسایشگاه بستری شده اید؟ خیر بلی : جدول زیر را تکمیل نمایید:

به چه علت؟	در چه تاریخی؟	برای چه مدت؟	نام و شماره تلفن پزشک معالج

۸- آخرین باری که به عللی غیر از سرما خوردگی و یا دندان پزشکی به پزشک مراجعه کرده اید، در چه تاریخی و به چه علت بوده است؟ -----

۹- آیا دچار از کار افتادگی دائم و موقت و یا هرگونه نقص عضو کلی و جزئی شده اید؟ خیر بلی : از چه ناحیه ای؟ -----

به چه علت؟ ----- به چه میزان؟ -----

پر سن های عمومی پزشکی از بیمه شده

شرح (در صورت حیات، وضعیت سلامت و در صورت فوت علت آن را شرح دهید).

افراد خانواده	وضعیت فعلی	سن
پدر	حیات <input type="checkbox"/> فوت <input type="checkbox"/>	
مادر	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 <input type="checkbox"/>	
خواهر <input type="checkbox"/> برادر <input type="checkbox"/>	حیات <input type="checkbox"/> فوت <input type="checkbox"/>	

سابقه خانوادگی بیمه شده

* بیمه شده عزیز، در صورتی که تا کنون سابقه بیماری و یا بستری نداشته و کاملاً سالم هستید نیاز به تکمیل این قسمت نمی باشد.

* نتایج حاصل از پاسخ های شما کاملاً محرمانه بوده و تنها در دسترس پزشک معتمد شرکت قرار می گیرد.

- ۱- سابقه بیماری دستگاه تنفسی سرفه مزمن تنگی نفس آسم خلط چرکی یا خونی دارم ندارم
- ۲- سابقه بیماری قلب و عروق فشار خون درد قفسه سینه سکتته قلبی واریس دارم ندارم
- ۳- سابقه بیماری خونی سابقه تزریق خون کم خونی خونریزی های بدون علت دارم ندارم
- ۴- سابقه بیماری اعصاب و روان اضطراب افسردگی اقدام به خودکشی عدم تعادل روانی اختلالات خواب دارم ندارم
- ۵- سابقه بیماری گوارشی کبد پانکراس دردهای مزمن شکمی خونریزی گوارشی تهوع و استفراغ مکرر زردی دارم ندارم
- ۶- سابقه بیماری داخلی اعصاب تشنج سکتته مغزی مشکلات حرکتی فراموشی دارم ندارم
- ۷- سابقه بیماری گوش و حلق و بینی چشمی کاهش شنوایی خونریزی بینی کاهش بینایی نابینایی سرگیجه دارم ندارم
- ۸- سابقه بیماری های کلیه مجاری ادراری مشکلات پروستات خون در ادرار سوزش ادرار سنگ کلیه دارم ندارم
- ۹- سابقه بیماری های پوستی خونریزی های زیر پوستی توده جلدی غدد لنفاوی بزرگ شده خال های بزرگ یا در حال رشد خالهای تغییر رنگ یافته زخم طول کشیده دارم ندارم
- ۱۰- سابقه بیماری های استخوانی عضلات و مفاصل دردهای عضلانی دردهای ستون فقرات درد مفاصل دارم ندارم
- ۱۱- سابقه بیماری های غدد داخلی نظیر تیروئید دیابت کاهش یا افزایش اشتها چربی خون بالا دارم ندارم
- ۱۲- سابقه بیماری های عفونی مانند سل هپاتیت حصیه تب مالت مالاریا ایدز کیست هیداتیک دارم ندارم

۱۳- آیا از دارویی برای مدت طولانی استفاده کرده و یا می کنید؟ خیر بلی : نوع دارو: _____ میزان مصرف و مدت آن:

۱۴- آیا به بیماری ای مبتلا شده اید که در بالا ذکر نشده باشد؟ خیر بلی :

۱۵- در صورت مثبت بودن هر یک از موارد بالا لطفاً نام بیماری، تاریخ و نام پزشک معالج را مرقوم فرمائید.

نام بیماری: _____ تاریخ بیماری: _____ نام و شماره تلفن پزشک معالج: _____

۱۶- آیا در حال حاضر کاملاً سالم هستید؟ بلی خیر

ویژه خانم ها: ۱- آیا باردار هستید؟ خیر بلی : در ماه چندم بارداری قرار دارید؟ _____

۲- آیا دچار عوارض و بیماری های ناشی از حاملگی و زایمان نظیر فشار خون حاملگی یا مسمومیت حاملگی

سقط جنین مول عفونتها و خونریزی بعد از زایمان و غیره شده اید؟ خیر بلی

۳- آیا بیماری های خاص نظیر خونریزی غیر طبیعی یا لکه بینی و غیره داشته اید؟ خیر بلی

۴- آیا دچار ترشح یا خونریزی درد یا توده در پستان و عدم تقارن در ناحیه سینه و یا زیر بغل شده اید؟ خیر بلی

۵- آیا به بیماری یا عارضه دیگری مبتلا شده اید که در بالا نیامده باشد؟ با ذکر نام بیماری توضیح دهید: _____

اینجانبان (بیمه گذار و بیمه شده)، امضا کنندگان این پیشنهاد اعلام می داریم که به تمام پرسش های این فرم با صداقت و به طور کامل و با اطلاع کامل از مقررات و شرایط عمومی بیمه نامه عمر و سرمایه گذاری بیمه کوثر پاسخ داده ایم و همه جواب ها درست و عین واقعیت است و مطلع هستیم که هر گونه اظهار خلاف واقع و خودداری از واقع گویی به عمد، به موجب ماده ۱۲ قانون بیمه باعث باطل شدن قرارداد بیمه و از دست دادن مزایای آن خواهد شد. در ضمن شرکت بیمه کوثر اجازه دارد هر گونه اطلاعاتی را که راجع به وضع مزاجی و سلامت بیمه شده نیاز باشد کسب نماید. همچنین مطلع گردیدیم نرخ سود بیمه نامه بر اساس اعلام و ابلاغ بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران مورد عمل قرار خواهد گرفت.

تذکر: تکمیل این پیشنهاد هیچگونه تعهدی برای شرکت بیمه و بیمه گذار ایجاد نکرده و تا قبل از صدور بیمه نامه هیچ نوع خسارتی قابل پرداخت نخواهد بود.

امضاء و اثر انگشت بیمه شده یا قیم قانونی:

امضاء و اثر انگشت بیمه گذار:

تاریخ / /

تاریخ / /

• در صورتی که در هر زمان و به هر صورت، عدم انتساب امضاهای بالا به بیمه شده و یا بیمه گذار اثبات گردد، بیمه نامه صادره فاقد اعتبار بوده و شرکت بیمه کوثر موظف به ایفای تعهدات خود نخواهد بود.

گزارش فروشنده بیمه نامه
(شعبه نماینده، کارگزار، ...)

- ۱- آیا بیمه شده را شخصاً می شناسید؟
بله خیر از چه مدتی؟
۲- به نظر شما بیمه شده در حال حاضر از سلامت برخوردار است؟
بله خیر
۳- آیا درباره شرایط بیمه عمر اطلاعات کامل در اختیار بیمه گذار و بیمه شده گذارده اید؟
بله خیر
۴- آیا صحت امضای بیمه شده و بیمه گذار مورد تأیید می باشد؟
بله خیر
۵- آیا ملاحظات خاصی از وضعیت سلامت فعلی یا گذشته بیمه شده و یا خانواده وی دارید؟ (شرح دهید).

بدین وسیله گواهی می نماید بیمه شده شخصاً توسط این نماینده / کارگزار رویت گردیده و مراتب فوق نیز مورد تأیید است .

مهر و امضا و کد نماینده / کارگزار
تاریخ

اظهاری نظر اولیه کارشناس شعبه

- صدور بیمه نامه نیاز به معاینه و آزمایش های پزشکی ندارد دارد
علت درخواست معاینه و آزمایش پزشکی :
۱- سرمایه بیمه نامه ۲- پاسخ به پرسش های پزشکی ۳- سن بیمه شده ۴- سایر موارد
توضیحات :

تاریخ و امضاء:

نظر به پزشک معتمد شرکت بیمه

- با توجه به پاسخ های پرسشنامه پزشکی، معاینه و آزمایش های انجام شده از بیمه شده، صدور بیمه نامه از نظر مقررات پزشکی بیمه های زندگی :
۱- تأیید می گردد ۲- با در نظر گرفتن ----- اضافه نرخ پزشکی تأیید می گردد.
۳- به صلاح بیمه گر نمی باشد ۴- سایر موارد
توضیحات :

نام و مهر و امضاء پزشک معتمد :
تاریخ:

نظر به نهایی
کارشناس صدور بیمه نامه

- صدور بیمه نامه با توجه به مندرجات فرم پیشنهاد و ضوابط و مقررات بیمه :
۱- بلا مانع است ۲- با در نظر گرفتن ----- درصد اضافه نرخ پزشکی، بلا مانع است
۳- به صلاح نمی باشد ۴- سایر موارد
توضیحات :

نام و امضاء کارشناس صدور:
تاریخ: