

فرم پیشنهاد بیمه عمر مانده بدهکار انفرادی

خواهشمند است به همه پرسش های زیر با دقت پاسخ دهید. صحت و کامل بودن پاسخ های ارائه شده شرط اصلی ایفای تعهدات بیمه گر می باشد.

مشخصات بیمه شده :

نام و نام خانوادگی:	کد ملی:	نام پدر:
تاریخ تولد:	شماره شناسنامه:	محل تولد:
شغل اصلی:	شغل فرعی:	
جنسیت: زن ☐ مرد ☐	وضعیت تاهل: ☐ متاهل ☐ مجرد ☐	
نشانی منزل:	تلفن:	تلفن همراه:
نشانی محل کار:	تلفن:	

مشخصات بیمه گذار : *چنانچه بیمه گذار و بیمه شده یک شخص باشد، تکمیل این قسمت ضرورتی ندارد.

نام و نام خانوادگی:	کد ملی:	نام پدر:
تاریخ تولد:	شماره شناسنامه:	محل تولد:
شغل اصلی:	شغل فرعی:	نسبت با بیمه شده:
جنسیت: زن ☐ مرد ☐	وضعیت تاهل: ☐ متاهل ☐ مجرد ☐	
نشانی منزل:	تلفن:	تلفن همراه:
نشانی محل کار:	تلفن:	

شرایط درخواستی :

مبلغ اصل وام: ریال مبلغ بهره وام: ریال

پوشش بیمه ای مورد نظر: ☐ اصل وام ☐ اصل + بهره وام

سرمایه درخواستی بیمه نامه: ریال

تاریخ دریافت وام:/...../.....

مدت بازپرداخت وام: ماه

**توجه: ارائه رونوشت قرارداد وام که شامل مشخصات وام باشد الزامی است.

ذینفع فوت بیمه نامه:

*در صورت فوت وام گیرنده در طول مدت بازپرداخت وام، مانده وام به ذینفع تعیین شده در جدول ذیل پرداخت خواهد شد.

۱. ☐ بانک یا موسسه وام دهنده: نام بانک یا موسسه: نام و کد شعبه:
۲. ☐ وراث قانونی بیمه شده
۳. ☐ ذینفع طبق مشخصات ذیل:

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

سوالات پزشکی:

لطفاً با توجه به وضعیت سلامت بیمه شده، به سوالات زیر با دقت و صداقت کامل پاسخ دهید.

۱. قد: سانتی متر وزن: کیلوگرم
۲. در رابطه با وضعیت نظام وظیفه، آیا دارای معافیت پزشکی هستید؟ علت:
۳. چنانچه فردی از اعضاء خانواده شما در قید حیات نیست، توضیح دهید در چه سنی و به چه علت فوت کرده است؟
۴. آیا در حال حاضر بیمه نامه عمر دیگر و یا پیشنهاد در جریان صدور دارید؟ چه نوع؟ کدام شرکت؟ میزان سرمایه فوت؟
۵. آیا تاکنون پیشنهاد بیمه عمر به شرکت بیمه ای داده اید که مورد قبول واقع نشده باشد؟ علت را توضیح دهید.
۶. آیا سابقه مصرف سیگار، مواد مخدر و... دارید؟ نوع مصرف: مدت استفاده: تاریخ آخرین استفاده: مصرف روزانه:
۷. آیا داروی خاصی را برای مدت بیش از ۳ ماه مصرف نموده اید؟ نام دارو: علت استفاده:
۸. آیا در حال حاضر دچار ازکارافتادگی یا نقص عضو هستید؟ چند درصد؟ کدام ناحیه؟
۹. آیا ظرف سه سال گذشته بستری یا عمل جراحی داشته اید؟ علت:
۱۰. آیا در بین افراد خانواده شما کسی به سل، بیماری های قلبی، بیماری قند، روحی و عصبی، سرطان، انواع سکنه و یا بیماری های مسری مبتلا بوده است؟
۱۱. سابقه ابتلا به بیماری های دستگاه تنفسی مانند سرفه مزمن، تنگی نفس به هنگام فعالیت، آسم و ...؟
۱۲. سابقه ابتلا به بیماری های قلب و عروق، سرگیجه، گردش خون، فشار خون، دیابت، چربی خون و بالا بودن کلسترول و یا ناراحتی های مرتبط با قلب و عروق؟
۱۳. سابقه ابتلا به بیماری های عفونی مانند سل، هپاتیت، حصه، تب مالت، مالاریا، ایدز، کیست هیداتیک و...؟
۱۴. سابقه ابتلا به بیماری های سرطانی، غددی مانند تیروئید و...؟
۱۵. سابقه ابتلا به بیماری های عصبی و شوکی، سکنه مغزی، تشنج، عدم تعادل روانی و یا هر نوع بیماری دیگری در رابطه با اعصاب و روان؟
۱۶. سابقه ابتلا به بیماری های هورمونی، ریوی، یرقان، کلیوی، بیماری های مقاربتی، دستگاه تناسلی و یا هر نوع بیماری داخلی، عفونی و یا خونی دیگر؟
۱۷. سابقه ابتلا به بیماری های گوارشی، کبد، پانکراس، خون ریزی گوارشی و...؟
۱۸. سابقه ابتلا به بیماری یا عارضه دیگری که در سوالات بالا ذکر نشده است؟

سوالات ویژه بانوان:

۱۹. سابقه ابتلا به بیماری های زنان
۲۰. آیا در حال حاضر باردار می باشید؟
۲۱. سابقه مشکلات مربوط به پستان ها مانند درد یا توده در پستان و عدم تقارن در ناحیه سینه یا زیر بغل؟
- در صورت مثبت بودن پاسخ هریک از سوالات ردیف های ۹ تا ۲۱ لطفاً ردیف، نوع بیماری، تاریخ ابتلا و وضعیت فعلی را مرقوم فرمایید و مدارک پزشکی را در اختیار واحد صدور قرار دهید.

تایید بیمه گذار و بیمه شده:

اینجانبان به عنوان بیمه گذار و بیمه شده کلیه مفاد و شرایط عمومی بیمه نامه را مطالعه و به سوالات با صداقت کامل 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 بیمه گر تقاضای صدور آن را داریم.

نام بیمه گذار: نام بیمه شده:

تاریخ تکمیل فرم: تاریخ تکمیل فرم:

امضا و اثر انگشت: امضا و اثر انگشت:

این قسمت توسط نماینده/عامل فروش تکمیل گردد:

۱. آیا بیمه شده را شخصاً رویت نموده اید؟ ☐ بلی ☐ خیر
۲. آیا در مورد شرایط بیمه نامه اطلاعات کامل را در اختیار بیمه شده/بیمه گذار قرار داده اید؟ ☐ بلی ☐ خیر
۳. آیا صحت امضای بیمه شده/بیمه گذار مورد تایید شما می باشد؟ ☐ بلی ☐ خیر
۴. به نظر شما بیمه شده در حال حاضر از سلامت کامل برخوردار می باشد؟ ☐ بلی ☐ خیر
- امضا و کد نماینده فروش:
- تاریخ:
- امضا: