

بیمه گذار 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 سوالات احتمالی خود را از همکاران این شرکت دریافت و متعاقب آن تصمیم گیری نمایید. کد رایانه:

(این فرم لازم است بدون خط خوردگی توسط بیمه گذار و بیمه شده تکمیل گردد.) تاریخ تکمیل: .....

**مشخصات بیمه گذار**

نام خانوادگی / نام شرکت: .....

نام: .....

تاریخ تولد: ...../...../..... شماره شناسنامه: ..... نام پدر: ..... محل تولد: ..... تابعیت: ..... جنسیت:  زن  مرد

شماره ملی (حقیقی/اكد اقتصادی(حقوقی):  شماره ثبت: ..... شغل: ..... وضعیت تأهل: مجرد  متأهل  (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: .....

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

**مشخصات بیمه شده**

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: مجرد  متأهل

تلفن ثابت: ..... کدشهرستان: ..... تلفن همراه: ..... شماره پرسنلی: .....

نشانی دقیق محل کار: ..... پست الکترونیکی: ..... @

نشانی دقیق محل سکونت: ..... کد پستی: .....

**مشخصات بیمه مورد درخواست**

۱- روش پرداخت حق بیمه:  سالانه  دو قسط شش ماهه  چهار قسط سه ماهه  شش قسط دو ماهه  دوازده قسط ماهانه

۲- حق بیمه قسط اول: ریال  ۳- حق بیمه سالانه: ریال

۴- میزان افزایش سالانه حق بیمه در سنوات آتی: ثابت  ۵٪  ۱۰٪  ۱۵٪  ۲۰٪  ۲۵٪  ۳۰٪  ۳۵٪  ۴۰٪  ۴۵٪  ۵۰٪

۵- مدت بیمه نامه: سال  فوت بیمه شده از یک تا ۱۰ برابر حق بیمه سالانه

۶- سرمایه مستمری اولیه: ریال  ۷- میزان افزایش سالانه سرمایه اولیه مستمری فوت: ثابت  ۵٪  ۱۰٪  ۱۵٪  ۲۰٪

۸- مدت بازپرداخت مستمری: ۸-۱- اندوخته: یکجا  ۵ ساله  ۱۰ ساله  ۸-۲- سرمایه: ۵ ساله  ۱۰ ساله

۹- روش بازپرداخت اندوخته مستمری:  سالانه  دو قسط شش ماهه  چهار قسط سه ماهه  دوازده قسط ماهانه

۱۰- میزان افزایش سالانه بازپرداخت سرمایه مستمری: ثابت  ۵٪  ۱۰٪  ۱۱- واریز اضافی به اندوخته (\*): .....

۱۲- پوشش تبعی از کارافتادگی کامل و دائم بیمه شده در اثر حادثه: ندارد  دارد (۵۰٪  ۱۰۰٪  سرمایه مستمری اولیه فوت بیمه شده)

۱۳- پوشش تبعی فوت بیمه گذار به هر علت یا از کارافتادگی بیمه گذار در اثر حادثه: ندارد  دارد (۵۰٪  ۱۰۰٪  سرمایه مستمری اولیه فوت بیمه شده)

**پوششهای تبعی**

**استفاده کننده از اندوخته مستمری در صورت حیات بیمه شده در مدت بیمه نامه:**

بیمه گذار  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)

**استفاده کنندگان**

**استفاده کننده (گان) از سرمایه مستمری در صورت فوت بیمه گذار: (در صورت یکسان بودن بیمه گذار و بیمه شده و یا عدم اخذ پوشش بیمه گذار نیاز به تکمیل این قسمت نمی باشد.)**

نام و نام خانوادگی	شماره ملی	تاریخ تولد روز / ماه / سال	نام پدر	نسبت با بیمه شده	درصد سهم	شماره تماس (تلفن همراه)

کد ۱۴۰۲۰۵۲۱

صفحه ۱ از ۴

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

۱- به هیچ بیماری مبتلا نبوده و در حال حاضر کاملاً سالم می باشم. بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت منفی بودن پاسخ، آیا سابقه ابتلا به بیماری های ذیل را داشته اید؟	قلب و عروق : <input type="checkbox"/>	داخلی : <input type="checkbox"/>	سکته مغزی: <input type="checkbox"/>	هپاتیت: <input type="checkbox"/>	پوست: <input type="checkbox"/>	بیماری های روماتیسمی: <input type="checkbox"/>
دستگاه تنفسی: <input type="checkbox"/>	غدد داخلی: <input type="checkbox"/>	تشنج: <input type="checkbox"/>	سل: <input type="checkbox"/>	روخی و روانی: <input type="checkbox"/>	سابقه پیوند اعضا: <input type="checkbox"/>	
فشار خون : <input type="checkbox"/>	کلیه و مجاری ادرار: <input type="checkbox"/>	صرع: <input type="checkbox"/>	بیماری عفونی: <input type="checkbox"/>	استخوان و مفاصل: <input type="checkbox"/>	سابقه شکستگی: <input type="checkbox"/>	
بیماری قند: <input type="checkbox"/>	سرطان: <input type="checkbox"/>	مغز و اعصاب: <input type="checkbox"/>	چشم: <input type="checkbox"/>	بیماری خونی: <input type="checkbox"/>	سابقه از کارافتادگی: <input type="checkbox"/>	
نوع بیماری قند: <input type="checkbox"/>	دستگاه گوارش: <input type="checkbox"/>	بیماریهای واگیردار: <input type="checkbox"/>	گوش و حلق و بینی: <input type="checkbox"/>	اختلال حرکتی: <input type="checkbox"/>	سابقه تصادف: <input type="checkbox"/>	

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 بیماریهای 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 ماهه 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 یا می 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  وزن بیمه شده

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

۱۴- آیا باردار هستید؟ خیر  بله

۱۵- آیا بیماریهای زنانه دارید (خونریزی غیرطبیعی، لکه بینی، ترشحات و...)? خیر  بله

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

۱۷- آیا دچار عوارض و بیماریهای ناشی از حاملگی و زایمان نظیر فشار خون حاملگی یا مسمومیت حاملگی سقط جنین، مول، عفونت ها و خونریزی های بعد از زایمان و ... شده اید؟ خیر  بله

مخصوص بانوان

توجه: در صورت یکسان بودن بیمه گذار و بیمه شده و یا عدم اخذ پوشش بیمه گذار نیاز به تکمیل این قسمت نمی باشد.

۱- به هیچ بیماری مبتلا نبوده و در حال حاضر کاملاً سالم می باشم. بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت منفی بودن پاسخ، آیا سابقه ابتلا به بیماری های ذیل را داشته اید؟	قلب و عروق : <input type="checkbox"/>	داخلی : <input type="checkbox"/>	سکته مغزی: <input type="checkbox"/>	هپاتیت: <input type="checkbox"/>	پوست: <input type="checkbox"/>	بیماری های روماتیسمی: <input type="checkbox"/>
دستگاه تنفسی: <input type="checkbox"/>	غدد داخلی: <input type="checkbox"/>	تشنج: <input type="checkbox"/>	سل: <input type="checkbox"/>	روخی و روانی: <input type="checkbox"/>	سابقه پیوند اعضا: <input type="checkbox"/>	
فشار خون : <input type="checkbox"/>	کلیه و مجاری ادرار: <input type="checkbox"/>	صرع: <input type="checkbox"/>	بیماری عفونی: <input type="checkbox"/>	استخوان و مفاصل: <input type="checkbox"/>	سابقه شکستگی: <input type="checkbox"/>	
بیماری قند: <input type="checkbox"/>	سرطان: <input type="checkbox"/>	مغز و اعصاب: <input type="checkbox"/>	چشم: <input type="checkbox"/>	بیماری خونی: <input type="checkbox"/>	سابقه از کارافتادگی: <input type="checkbox"/>	
نوع بیماری قند: <input type="checkbox"/>	دستگاه گوارش: <input type="checkbox"/>	بیماریهای واگیردار: <input type="checkbox"/>	گوش و حلق و بینی: <input type="checkbox"/>	اختلال حرکتی: <input type="checkbox"/>	سابقه تصادف: <input type="checkbox"/>	

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 بیماریهای 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 ماهه 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 یا می 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 گذار  وزن بیمه گذار

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

۱۴- آیا باردار هستید؟ خیر  بله

۱۵- آیا بیماریهای زنانه دارید (خونریزی غیرطبیعی، لکه بینی، ترشحات و...)? خیر  بله

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

۱۷- آیا دچار عوارض و بیماریهای ناشی از حاملگی و زایمان نظیر فشار خون حاملگی یا مسمومیت حاملگی سقط جنین، مول، عفونت ها و خونریزی های بعد از زایمان و ... شده اید؟ خیر  بله

مخصوص بانوان

**سوابق بیمه ای بیمه شده**

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)

**توجه: در صورت یکسان بودن بیمه گذار و بیمه شده و یا عدم اخذ پوشش بیمه گذار نیاز به تکمیل این قسمت نمی باشد.**

**سوابق بیمه ای بیمه گذار**

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)

**توجه**

مشتری گرامی در صورت پذیرش در خواست شما و تخصیص کد رهگیری (شناسه پرداخت) بانکی و واریز اولین قسط حق بیمه به حساب بیمه آسیا به شماره **۶۴۴۹۹۹** نزد **بانک کشاورزی**، از ساعت ۲۴ روز واریز، بیمه نامه شما با استناد به فیش واریزی معتبر بوده و شما به خانواده بزرگ بیمه شدگان بیمه مستمری گندم بیمه آسیا خواهید پیوست.

**تأیید اظهارات**

**اخذ امضای شخص بیمه شده الزامی است در غیر این صورت طبق ماده ۲۳ قانون بیمه، بیمه نامه باطل می باشد.**  
 اینجانبان بعنوان بیمه گذار 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 ارزش باز خرید بیمه نامه، تقاضای صدور آنرا داریم.  
 ۱- نام بیمه گذار : ..... تاریخ و امضاء ..... ۲- نام بیمه شده : ..... تاریخ و امضاء .....

**بازاریاب/نماینده**

اینجانب شخصاً بیمه گذار و نیز بیمه شده راملقات نموده ضمن **احراز هویت** ایشان و ارائه اطلاعات کافی درباره شرایط بیمه نامه و تعهدات و ارزش باز خرید آن، صحت اظهارات ارائه شده، امضاء و سلامتی بیمه شده و بیمه گذار را تأیید می نمایم. همچنین مسئولیت رعایت ضوابط و دستورالعمل ها متوجه این نمایندگی می باشد. رونوشت شناسنامه و کارت ملی بیمه گذار، بیمه شده و استفاده کننده (گان) به پیوست می باشد.  
 تاریخ، نام و امضاء بازاریاب: ..... نام نمایندگی: ..... کد نمایندگی: ..... تاریخ، مهر و امضاء نماینده

**واحد صدور**

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

**نظریه پزشک معتمد**

سوابق پزشکی بیمه شده و بیمه گذار بررسی گردید و پذیرش ایشان:  
 ۱- بیمه شده نیاز به آزمایش تکمیلی دارد: بله  خیر  ۲- منع پزشکی دارد: بله  خیر  ۳- با اضافه نرخ پزشکی:  بلامانع است.  
 ۱- بیمه گذار نیاز به آزمایش تکمیلی دارد: بله  خیر  ۲- منع پزشکی دارد: بله  خیر  ۳- با اضافه نرخ پزشکی:  بلامانع است.  
 (درج علت و توضیح توسط پزشک معتمد الزامی است) نام پزشک معتمد: ..... تاریخ: ..... امضاء و مهر پزشک

**نظریه مسئول صدور**

۱- رونوشت شناسنامه/کارت ملی **بیمه شده** 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، با لحاظ اضافه نرخ: - قدوزن  - سوابق خانوادگی:  - پزشکی:   
 با مجموع اضافه نرخ  صدور بیمه نامه بلامانع است.

۱- رونوشت شناسنامه/کارت ملی **بیمه گذار** ضمیمه پیشنهاد می باشد: بله  خیر  ۲- با توجه به اطلاعات مندرج در سوابق بیمه ای بیمه گذار:  
 - 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، با لحاظ اضافه نرخ: - قدوزن  - سوابق خانوادگی:  - پزشکی:   
 با مجموع اضافه نرخ  صدور بیمه نامه بلامانع است.

توضیح: .....  
 کد واحد صدور:  تاریخ:   
 نام: ..... مهر و امضاء رئیس شعبه  
 نام: ..... امضاء مسئول صدور بیمه نامه

