شماره شناسایی سند:PI31F009

شماره بازنگری:--

فرم پیشنهاد بیمه عمروسرمایه‌گذاری

(ویژه قرارداد صندوق حمایت و بازنشستگی آینده‌ساز)

پارسیان (سهامی عام)
شماره‌ثبت ۲۰۰۷۳۲

پیشنهاد دهنده گرامی،خواهشمند است به همه پرسش‌های مندرج در این فرم با صداقت و به صورت کامل و خوانا پاسخ داده و سپس امضاء فرمائید. شرط اصلی اعتبار بیمه‌نامه در صورت صدور، صحت اطلاعات مندرج در این فرم و پاسخ‌های شما بوده و به آن استناد خواهد شد. ضمناً تکمیل این فرم هیچ تعهدی را برای بیمه‌گر ایجاد نمی‌نماید.

مشخصات بیمه گذار

نام: نام خانوادگی:

کد ملی: شماره شناسنامه: نام پدر: محل تولد :

تاریخ تولد: / / محل صدورشناسنامه: جنسیت: ☐ مرد ☐ زن تلفن همراه:

شغل اصلی: شغل فرعی: **(عناوین شغلی مانند آزاد، کارگر، کارمند، عنوان رشته تحصیلی و ... مورد قبول نمی‌باشد.)**

نشانی: استان شهر نشانی دقیق: کد پستی:

مشخصات بیمه شده

نام: نام خانوادگی:

کد ملی: شماره شناسنامه: نام پدر: محل تولد :

تاریخ تولد: / / محل صدورشناسنامه: جنسیت: ☐ مرد ☐ زن تلفن همراه:

شغل اصلی: شغل فرعی: **(عناوین شغلی مانند آزاد، کارگر، کارمند، عنوان رشته تحصیلی و ... مورد قبول نمی‌باشد.)**

نشانی: استان شهر نشانی دقیق: کد پستی:

مشخصات بیمه‌نامه

سرمایه فوت	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال	**ضریب تعدیل سرمایه فوت**	☐ ۰٪ (ثابت) ☐ ۵٪ ■ ۱۰٪ ☐ ۱۵٪ ☐ ۲۰٪
روش و میزان پرداخت حق‌بیمه	☐ پرداخت حق‌بیمه اولیه به روش ☐ماهانه ☐ سه ماهه ■ شش ماهه ☐سالانه به مبلغ(عدد) .....۶,۰۰۰,۰۰۰..... ریال.		
مدت بیمه‌نامه		**درصد ضریب تعدیل حق‌بیمه**	☐ ۰٪ (ثابت) ☐ ۵٪ ■ ۱۰٪ ☐ ۱۵٪ ☐ ۲۰٪

مشخصات استفاده کنندگان

	نام (نام موسسه)	نام خانوادگی	جنسیت	نام پدر	کد ملی (شناسه ملی)	شماره شناسنامه (شماره ثبت)	تاریخ تولد (ثبت) روز	ماه	سال	محل تولد (محل ثبت)	نسبت با بیمه‌شده	درصد سهم	اولویت
درصورت فوت بیمه‌شده													
در صورت حیات بیمه شده	بیمه گذار بیمه نامه											۱۰۰	

وضعیت سلامتی بیمه شده

ردیف	بیماری(سوابق بیماری)	بلی	خیر
1	آیا تاکنون سابقه‌ای از بیماریهای قلب و عروق(درد قفسه‌سینه، سکته قلبی، واریس، تپش قلب...)، کلیه و مجاری ادرار (پروستات، سنگ کلیه ، ...) یا بیماری‌های دستگاه تنفسی (سرفه مزمن، آسم، تنگی نفس، ...) داشته‌اید؟		
2	آیا تاکنون سابقه‌ای از بیماری‌های خونی(سابقه تزریق خون، کم‌خونی، ...)، بیماری‌های گوارشی(کبد، پانکراس، دردهای طولانی مدت شکمی، ...) یا بیماری‌های غدد، داخلی و تیروئید(تغییر وزن، تعریق فراوان، چربی خون بالا، ..) داشته‌اید؟		
3	آیا سابقه بیماریهایی از قبیل دیابت، فشار خون، سرطان، تومور، هپاتیت، ایدز، یا روماتیسم و بیماریهای اسکلتی و عضلانی دارید؟		
4	آیا تاکنون سابقه‌ای از بیماری‌های گوش، حلق و بینی (سرگیجه،خونریزی بینی، کاهش شنوایی، ...) یا بیماری‌های چشمی (ضربه به چشم، پارگی موبرگ‌های چشم، تاری دید، دوبینی، کاهش بینایی، .....) داشته‌اید؟		
5	آیا تاکنون سابقه‌ای از بیماری‌های اعصاب و روان(افسردگی، اضطراب، سابقه خودکشی و.....) ، بیماری‌های داخلی اعصاب (تشنج، سکته مغزی، مشکلات حرکتی، فراموشی و ....) یا خونریزی مغزی داشته‌اید؟		
6	آیا سابقه مصرف دارو برای طولانی مدت دارید؟		
7	آیا سابقه عمل جراحی یا بستری شدن در بیمارستان، آسایشگاهی و یا سایر مراکز درمانی را دارید؟		
8	آیا به بیماری یا عارضه دیگری مبتلا شده‌اید که ذکر نشده باشد؟		
9	آیا درحال حاضر به علت بیماری یا مورد خاص تحت مداوا یا مشاوره پزشکی قرار دارید؟		
10	در صورت استفاده یا وجود سابقه مصرف موارد ذکر شده، مقدار، نوع و مدت مصرف را اعلام نمایید. ☐دخانیات (سیگار، قلیان،...) ☐مشروبات الکلی ☐مواد مخدر، محرک و روان‌گردان ☐ هیچکدام		

درصورت مثبت بودن هرکدام از سئوالات فوق، موارد را بطور کامل توضیح دهید. ذکر نام بیماری، زمان شروع بیماری و درمانهای صورت گرفته(سرپایی یا بستری)، نوع، میزان و مدت زمان داروی مصرفی ، وضعیت فعلی (بیمه‌شده)، میزان نقص عضو احتمالی ضروری است.

قد بیمه شده	سانتی‌متر.	**وزن بیمه شده**	کیلوگرم.

امضاء

نام بیمه‌گذار/مهر موسسه، تاریخ و امضاء:

نام بیمه‌شده، تاریخ و امضاء:

کد نمایندگی /کارگزاری

مهر، امضاء و نام نمایندگی/کارگزاری

تاریخ : / /

آدرس : تهران، خیابان ولی‌عصر، بالاتر از بلوار میرداماد، خیابان قبادیان غربی، پلاک ۲۲، کد پستی: ۱۹۶۹۶۳۳۳۹۱ – تلفن ۸۲۵۹

www.parsianinsurance.ir