



(سهامی عام)

شماره ثبت ۲۰۰۷۲۲

فرم پیشنهاد بیمه نامه عمر و سرمایه گذاری (بیمه جامع آرامش زندگی پارسیان)

شناسه مدرک: PI-2710-FR-112

شماره بازنگری: 02

پیشنهاد دهنده گرامی، خواهشمند است به همه پرسش های درج شده در این فرم با صداقت و به صورت کامل و خوانا پاسخ داده و سپس امضاء فرمایید. شرط اصلی اعتبار بیمه نامه در صورت صدور، صحت اطلاعات درج شده در این فرم و پاسخ های شما بوده و به آن استناد خواهد شد. همچنین تکمیل این فرم هیچ تعهدی را برای بیمه گر ایجاد نمی نماید.

مشخصات بیمه گذار	نام / نام موسسه:	نام خانوادگی:									
	کد ملی / شناسه ملی:	شماره شناسنامه:									
	تاریخ تولد / تاریخ ثبت:	نام پدر:									
	شغل اصلی:	محل تولد:									
نشانی: استان:	جنسیت: <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن وضعیت تاهل: <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/> مجرد تحصیلات:										
کد پستی:	عناوین شغلی مانند آزاد، کارگر، کارمند، عنوان رشته تحصیلی و ... مورد قبول نمی باشد.										
تلفن تماس: (با ذکر کد شهر)	تلفن همراه:										
نسبت با بیمه شده: <input type="checkbox"/> خود شخص <input type="checkbox"/> سایر:											

مشخصات بیمه شده	نام:	نام خانوادگی:									
	کد ملی:	شماره شناسنامه:									
	تاریخ تولد / تاریخ ثبت:	نام پدر:									
	شغل اصلی:	محل تولد:									
نشانی: استان:	جنسیت: <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن وضعیت تاهل: <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/> مجرد تحصیلات:										
کد پستی:	عناوین شغلی مانند آزاد، کارگر، کارمند، عنوان رشته تحصیلی و ... مورد قبول نمی باشد.										
تلفن تماس: (با ذکر کد شهر)	تلفن همراه:										

مشخصات بیمه نامه	سرمایه فوت	ضریب تعدیل سرمایه فوت	ریال:
	روش و میزان پرداخت حق بیمه	پرداخت حق بیمه یکجا <input type="checkbox"/> / پرداخت حق بیمه منظم به روش <input type="checkbox"/> ماهانه <input type="checkbox"/> سه ماهه <input type="checkbox"/> شش ماهه <input type="checkbox"/> سالانه به مبلغ (عدد) ریال.	
	مدت بیمه نامه	درصد ضریب تعدیل حق بیمه	سال:

ویژه بیمه شده پوشش های اضافی	<input type="checkbox"/> فوت در اثر حادثه با سرمایه ریال.
	<input type="checkbox"/> پرداخت مقرری روزانه بستری شدن در مراکز درمانی مجاز با سرمایه ریال.
	<input type="checkbox"/> پرداخت مستمری در صورت از کارافتادگی دایم و کامل با ضریب برابر حق بیمه <input type="checkbox"/> پرداخت سرمایه بیکاری در صورت از کارافتادگی دایم و کامل با سرمایه ریال.
	<input type="checkbox"/> امراض خاص با سرمایه ریال. برای هر یک از گروه های زیر، مطابق با تعاریف تعیین شده برای هر بیماری در شرایط اختصاصی مربوطه:
<input type="checkbox"/> گروه بیماری های اصلی شامل (سرطان) و تومورهای بدخیم، تومورهای خوش خیم مغزی و نخاعی، سکت قلبی، بای پس عروق کرونر، آریتمیهای مزمن، آرتریت روماتوئید و خیم، کبد و پیوند مغز استخوان).	
<input type="checkbox"/> گروه بیماری های اصلی و تکمیلی شامل (سرطان) و تومورهای بدخیم، تومورهای خوش خیم مغزی و نخاعی، سکت قلبی، بای پس عروق کرونر، آنژیوپلاستی قلب، جراحی دریچه قلب، جراحی آئورت، سکت مغزی، کاهش بینایی عمیق، آلزایمر، وضعیت پایدار نباتی، کما، ناشنوایی ناشی از بیماری، عدم توانایی تکلم ناشی از بیماری، فلج اندامها ناشی از بیماری، MS، آسیب تروماتیک مغزی، بیماری عصبی - حرکتی، پارکینسون ایدئوپاتیک، بیماری نورو حرکتی، پیوند اعضای بدن شامل قلب، کلیه ها، ریه ها، کبد و پیوند مغز و استخوان، پانکراس، روده کوچک، ترمیم صورت، پیوند دست از بازو و پا از زانو، مراحل انتهایی بیماری کلیوی (ESRD)، بیماری و خیم کبدی، بیماری مزمن ریوی، سوختگی شدید درجه ۳، دیستروفی عضلانی، پانکراتیت مزمن، آرتریت روماتوئید و خیم).	
<input type="checkbox"/> معافیت از پرداخت کل حق بیمه در صورت از کارافتادگی دایم و کامل بیمه شده (در صورتی که بیمه شده و بیمه گذار یک فرد باشند). منظور کردن حق بیمه پوشش ها در حق بیمه اولیه <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	
در صورتی که بیمه شده و بیمه گذار (حقیقی) دو فرد متفاوت باشند <input type="checkbox"/> معافیت از پرداخت کل حق بیمه در صورت فوت بیمه گذار <input type="checkbox"/> از کارافتادگی دایم و کامل بیمه گذار	

اولویت	درصد سهم	نسبت با بیمه شده	محل ثبت	تاریخ تولد / ثبت			شماره شناسنامه / شماره ثبت	کد ملی / شناسه ملی	نام پدر	جنسیت	نام و نام خانوادگی / نام موسسه	مشخصات
				سال	ماه	روز						
												در صورت فوت بیمه شده
												در صورت حیات بیمه شده

در صورت تحقق خطر ناشی از پوشش امراض خاص، چنانچه بیمه شده قبل از دریافت منافع پوشش مزبور، فوت نماید، منافع مربوط به استفاده کننده (گان) فوت پرداخت خواهد شد.

محل امضاء	نام بیمه گذار / مهر موسسه / تاریخ و امضاء:	نام بیمه شده، تاریخ و امضاء:
	کد نمایندگی / کارگزاری	مهر، امضاء و نام معرف (نمایندگی):
	تاریخ: / /	



(سهامی عام)

شماره ثبت ۲۰۰۷۲۲

نام و نام خانوادگی بیمه شده:

فرم پیشنهاد بیمه نامه عمر و سرمایه گذاری (بیمه جامع آرامش زندگی پارسیان)

شناسه مدرک: PI-2710-FR-112

شماره بازنگری: 02

ردیف	بیماری (سوابق بیماری)	بله	خیر	ردیف	بیماری (سوابق بیماری)	بله	خیر
۱	بیماری های دستگاه تنفسی (سرفه مزمن، آسم، تنگی نفس، خلط خونی یا چرکی و ...)			۲	بیماری های قلب و عروق (درد قفسه سینه، تنگی نفس فعالیتی، سکنه قلبی، واریس، تپش قلب، ...)		
۳	بیماری های خونی (سابقه تزریق خون، کم خونی، خونریزی بدون علت و طولانی از هر قسمت بدن)			۴	بیماری های گوارشی (کبد، زردی یا یرقان، درد طولانی مدت شکمی، تهوع، پانکراس (لوزالمعده) و ...)		
۵	بیماری های اعصاب و روان (افسردگی، اضطراب، تشویش، وسواس، سابقه خودکشی و ...)			۶	بیماری های داخلی اعصاب (تشنج، سکنه مغزی، مشکلات حرکتی، فراموشی و ...)		
۷	بیماری های کلیه و مجاری ادرار (پروستات، خون در ادرار، سوزش ادرار، سنگ کلیه و ...)			۸	بیماری های گوش، حلق و بینی (سرگیجه، خونریزی بینی، کاهش شنوایی، ترشحات چرکی یا خون از گوش)		
۹	بیماری های پوستی (خونریزی یا خون مردگی زیرپوستی، خال های بزرگ در حال رشد، غده های پوستی)			۱۰	بیماری های استخوانی، عضلات، مفاصل و ...		
۱۱	بیماری های غدد، داخلی و تیروئید (تغییر وزن، کاهش و افزایش اشتها، تعریق فراوان، چربی خون بالا)			۱۲	بیماری های عفونی (سل، هیانت، حصبه، تب مالت، مالاریا، ایدز، کیست هیداتیک، ابله مرغان و ...)		
۱۳	بیماری های چشمی (ضربه به چشم، پارگی مویرگها، تاری دید، دوبینی، ضعف یا کاهش بینایی و ...)			۱۴	آیا در شش ماه گذشته کاهش وزن داشته اید؟		
۱۵	آیا دارای فشار خون هستید؟			۱۶	آیا دارای دیابت هستید؟		
۱۷	آیا مورد عمل جراحی قرار گرفته اید یا سابقه بستری در بیمارستان، آسایشگاه یا مراکز درمانی دارید؟			۱۸	آیا سابقه تصادف، حادثه یا سقوط داشته اید یا دچار شکستگی، نقص عضو یا از کارافتادگی شده اید؟		
۱۹	آیا سابقه سرطان، بدخیمی یا تومور داشته اید؟			۲۰	آیا به بیماری یا عارضه دیگری مبتلا شده اید که ذکر نشده باشد؟		
۲۱	آیا بیماری های زنانه دارید یا دچار ترشح، خونریزی، درد یا توده در پستان و ... شده اید؟			۲۲	آیا در حال حاضر باردار هستید یا دچار عوارض و بیماری های ناشی از حاملگی و زایمان شده اید؟		
۲۳	در صورتی که به علت معافیت پزشکی، از خدمت سربازی معاف شده اید، ضمن ارسال کپی کارت معافیت، ماده، بند و علت معافیت ذکر گردد. ماده: بند: علت:						
۲۴	آیا از دارو برای بیماری طولانی مدت استفاده می کنید؟ آیا در حال حاضر به علت بیماری یا مورد خاص تحت مداوا یا مشاوره پزشکی قرار دارید؟						
۲۵	در صورت استفاده از موارد ذکر شده، نوع و مدت مصرف را اعلام نمایید. <input type="checkbox"/> دخانیات (سیگار، قلیان...) <input type="checkbox"/> مشروبات الکلی <input type="checkbox"/> مواد مخدر، محرک و روان گردان <input type="checkbox"/> هیچکدام						
توضیحات		قد بیمه شده		وزن بیمه شده		سنتی متر.	
در صورت مثبت بودن هر کدام از سوالات بالا، موارد را به طور کامل توضیح دهید. ذکر نام بیماری، زمان شروع بیماری و درمان های صورت گرفته (سرپایی یا بستری)، نوع، میزان و مدت زمان داری مصرفی، وضعیت فعلی (بیمه شده)، میزان نقص عضو احتمالی ضروری است.							
سوال های عمومی							
آیا از موتورسیکلت دنده ای استفاده می نمایید؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله (موارد استفاده را شرح دهید)							
آیا رشته (های) ورزشی خاصی را انجام می دهید؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله، تفریحی <input type="checkbox"/> بله، حرفه ای. نام رشته (های) ورزشی:							
آیا مسافرت مستمر / ماموریت کاری برون شهری انجام می دهید؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله (تعداد مسافرت ماهانه، وسیله نقلیه و مقصد را بیان نمایید).							
اگر فعالیت های جنبی دیگری انجام می دهید بیان نمایید.							
وضعیت سلامت خانواده							
در صورتی که بستگان درجه یک شما (پدر، مادر، خواهر یا برادر) به بیماری هایی از قبیل سل، تشنج، سرطان، بیماری قلبی، فشارخون، دیابت، نارسایی کلیه، سکنه مغزی، سکنه قلبی، بیماری مادرزادی، ژنتیکی و یا بیماری روحی و عصبی مبتلا بوده یا می باشد یا دچار مرگ زودرس (مرگ زیر ۶۰ سال) شده اند، جدول زیر تکمیل گردد.							
نسبت با بیمه شده				سن			
وضعیت (در صورت حیات، وضعیت "سلامت، نوع بیماری" و در صورت فوت "علت" آن را شرح دهید)		حیات		فوت		شرح	
سوابق بیمه ای							
آیا در حال حاضر پیشنهاد بیمه عمر یا حادثه در جریان صدور یا صادر شده دارید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر (در صورت مثبت بودن، جدول زیر را تکمیل کنید).							
شرکت بیمه گر		نوع بیمه نامه		وضعیت پیشنهاد / بیمه نامه		سرمایه فوت (ریال)	
				در جریان صدور / صدور		بیمه نامه عمر / بیمه نامه حادثه	
				/ /			
محل امضاء							
اینجانبان (بیمه شده و بیمه گذار) امضاء کنندگان این پیشنهاد اعلام می نمایم که پاسخ های داده شده کاملاً درست و عین واقعیت بوده و مطلع هستیم که هرگونه اظهار خلاف واقع و خودداری از واقع گویی، به موجب قانون بیمه باعث باطل شدن قرارداد بیمه عمر یا سایر تبعات (حسب قانون) خواهد شد. همچنین بیمه گر اجازه دارد هرگونه اطلاعاتی را که در مورد وضع سلامت بیمه شده یا سایر موضوعات مرتبط با بیمه نامه نیاز باشد کسب نماید.							
نام بیمه گذار / نام موسسه:				نام بیمه شده:			
امضاء بیمه گذار / مهر موسسه:				امضاء بیمه شده:			
تاریخ: / /				تاریخ: / /			
فروشنده بیمه							
آیا درباره شرایط بیمه عمر اطلاعات کامل در اختیار بیمه گذار و بیمه شده گذارده اید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر							
آیا صحت امضاء بیمه شده و بیمه گذار مورد تایید شما می باشد؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر							
تاریخ: / / نام، امضاء و مهر پزشک معتمد:							
تاریخ: / /		درصد		افزافه نرخ			
کد نمایندگی / کارگزاری							
مهر، امضاء و نام معرف (نمایندگی):							
تاریخ: / /							



(سهامی عام)

شماره ثبت ۲۰۰۷۲۲

شناسه مدرک: PI-2710-FR-112

شماره بازنگری: 02

فرم پیشنهاد بیمه نامه عمر و سرمایه گذاری (بیمه جامع آرامش زندگی پارسیان)

در صورت انتخاب پوشش های معافیت از پرداخت کل حق بیمه در صورت فوت بیمه‌گذار یا از کارافتادگی دایم و کامل بیمه‌گذار تکمیل مندرجات زیر ضروری است:
نام و نام خانوادگی بیمه‌گذار: نام و نام خانوادگی بیمه‌شده:

ردیف	بیماری (سوابق بیماری)	بله	خیر	ردیف	بیماری (سوابق بیماری)	بله	خیر
۱	بیماری های دستگاه تنفسی (سرفه مزمن، آسم، تنگی نفس، خلط خونی یا چرکی و ...)			۲	بیماری های قلب و عروق (درد قفسه سینه، تنگی نفس فعالیت، سکت قلبی، واریس، تپش قلب، ...)		
۳	بیماری های خونی (سابقه تزریق خون، کم خونی، خونریزی بدون علت و طولانی از هر قسمت بدن)			۴	بیماری های گوارشی (کبد، زردی یا یرقان، درد طولانی مدت شکمی، تهوع، پانکراس (لوزالمعده) و ...)		
۵	بیماری های اعصاب و روان (افسردگی، اضطراب، تشویش، وسواس، سابقه خودکشی و ...)			۶	بیماری های داخلی اعصاب (تشنج، سکت مغزی، مشکلات حرکتی، فراموشی و ...)		
۷	بیماری های کلیه و مجاری ادرار (پروستات، خون در ادرار، سوزش ادرار، سنگ کلیه و ...)			۸	بیماری های گوش، حلق و بینی (سرگیجه، خونریزی بینی، کاهش شنوایی، ترشحات چرکی یا خون از گوش)		
۹	بیماری های پوستی (خونریزی یا خون‌مردگی زیرپوستی، خال های بزرگ در حال رشد، غده های پوستی)			۱۰	بیماری های استخوانی، عضلات، مفاصل و ...		
۱۱	بیماری های غده، داخلی و تیروئید (تغییر وزن، کاهش و افزایش اشتها، تعریق فراوان، چربی خون بالا)			۱۲	بیماری های عفونی (سل، هیپاتیت، حبسه، تب مالت، مالاریا، ایدز، کیست هیداتیک، آبله مرغان و ...)		
۱۳	بیماری های چشمی (ضربه به چشم، پارگی مویرگ ها، تاری دید، دوبینی، ضعف یا کاهش بینایی و ...)			۱۴	آیا در شش ماه گذشته کاهش وزن داشته اید؟		
۱۵	آیا دارای فشار خون هستید؟			۱۶	آیا دارای دیابت هستید؟		
۱۷	آیا مورد عمل جراحی قرار گرفته اید یا سابقه بستری در بیمارستان، آسایشگاه یا مراکز درمانی دارید؟			۱۸	آیا سابقه تصادف، حادثه یا سقوط داشته اید یا دچار شکستگی، نقص عضو یا از کارافتادگی شده اید؟		
۱۹	آیا سابقه سرطان، بدخیمی یا تومور داشته اید؟			۲۰	آیا به بیماری یا عارضه دیگری مبتلا شده اید که ذکر نشده باشد؟		
۲۱	آیا بیماری های زنانه دارید یا دچار ترشح، خونریزی، درد یا توده در پستان و ... شده اید؟			۲۲	آیا در حال حاضر باردار هستید یا دچار عوارض و بیماری های ناشی از حاملگی و زایمان شده اید؟		
۲۳	در صورتی که به علت معافیت پزشکی، از خدمت سربازی معاف شده اید، ضمن ارسال کپی کارت معافیت، ماده، بند و علت معافیت ذکر گردد. ماده: بند:						
۲۴	آیا از دارو برای بیماری طولانی مدت استفاده می کنید؟ آیا در حال حاضر به علت بیماری یا مورد خاص تحت مداوا یا مشاوره پزشکی قرار دارید؟						
۲۵	در صورت استفاده از موارد ذکر شده، مقدار، نوع و مدت مصرف را اعلام نمایید. <input type="checkbox"/> دخانیات (سیگار، قلیان...) <input type="checkbox"/> مشروبات الکلی <input type="checkbox"/> مواد مخدر، محرک و روان گردان <input type="checkbox"/> هیچکدام						
قد بیمه‌گذار		سنتی متر.		وزن بیمه‌گذار		کیلوگرم.	
در صورت مثبت بودن هر کدام از سوالات بالا، موارد را به طور کامل توضیح دهید. ذکر نام بیماری، زمان شروع بیماری و درمان های صورت گرفته (سرپایی یا بستری)، نوع، میزان و مدت زمان داروی مصرفی، وضعیت فعلی (بیمه شده)، میزان نقص عضو احتمالی ضروری است.							

نام / نام موسسه	نام خانوادگی	جنسیت	نام پدر	کد ملی / شناسه ملی	شماره شناسنامه / ثبت	تاریخ تولد (ثبت)			نسبت با بیمه شده
						روز	ماه	سال	

محل امضاء	نام بیمه‌گذار / نام موسسه:	نام بیمه‌شده:
	امضاء بیمه‌گذار / مهر موسسه:	امضاء بیمه‌شده:
	تاریخ: / /	تاریخ: / /
	کد نمایندگی / کارگزاری	مهر، امضاء و نام معرف (نمایندگی):
	تاریخ: / /	