



شماره ۹۹/۰۴۰۶۲۲

پیشنهاد بیمه عمر و سرمایه گذاری  
(جام زندگی)

متقاضی گرامی، خواهشمند است پاسخ کلیه سوالات احتمالی خود را از همکاران این شرکت دریافت و متعاقب آن تصمیم گیری و امضاء نمایید. بدیهی است در صورت صدور بیمه نامه شرط اصلی اعتبار آن صحت اظهارات مندرج در این پیشنهاد بوده و به آن استناد خواهد شد. ضمناً تکمیل این پیشنهاد هیچ تعهدی را برای بیمه گر ایجاد نمی نماید.  
توجه: (جهت رعایت حقوق متقاضی و یا استفاده کنندگان بیمه نامه، این فرم بدون هرگونه خط خوردگی و لاک گرفتگی پذیرفته میشود)

کد رایانه: شعبه: نام و کد معرف: نام و کد سرپرست فروش: تاریخ تکمیل فرم پیشنهاد:

نام خانوادگی / نام شرکت: .....  
 تاریخ تولد: ..... / ..... / ..... جنسیت: مرد  زن  تاهل: بله  خیر  شماره ملی (حقیقی) / شماره ثبت (حقوقی): .....  
 شماره شناسنامه: ..... محل صدور: ..... نام پدر: ..... شغل: ..... شغل دوم: .....  
 تلفن ثابت (با ذکر کد شهر): ..... تلفن همراه (جهت دریافت پیامک): ..... کد پستی (الزامی): .....  
 آدرس / قانونی محل سکونت (الزامی): استان: ..... شهر: .....  
 آدرس محل کار: استان: ..... شهر: .....

مشخصات بیمه گذار  
(حداقل ۱۸ سال)

نسبت بیمه شونده با متقاضی: خودم  بله  سایر: ..... (توجه: در صورت مثبت بودن پاسخ نیاز به تکمیل این قسمت نمی باشد)  
 نام خانوادگی: .....  
 تاریخ تولد: ..... / ..... / ..... جنسیت: مرد  زن  تاهل: بله  خیر  شماره ملی: ..... شماره شناسنامه: .....  
 محل صدور: ..... نام پدر: ..... شغل: ..... شغل دوم: ..... (توجه: لطفاً از عناوین عام شغلی نظیر آزاد، کارگر، کارمند، عنوان رشته تحصیلی استفاده نفرمائید) تلفن ثابت با ذکر کد شهر: ..... تلفن همراه (جهت دریافت پیامک): ..... کد پستی (الزامی): .....  
 آدرس / قانونی محل سکونت (الزامی): استان: ..... شهر: .....  
 آدرس محل کار: استان: ..... شهر: .....

مشخصات بیمه شونده

۱- حق بیمه: سالانه  یکجا  ریال .....  
 ۲- تعداد اقساط در سال: ۱۲ قسط (قرارداد جمعی)  ۴ قسط  ۲ قسط  یک قسط  ۳- ضریب افزایش سالانه حق بیمه: صفر  ۵٪  ۱۰٪  ۱۵٪  ۲۰٪

۴- سرمایه فوت (در صورت فوت بیمه شده): (سقف ۵,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال) ریال .....  
 ۵- ضریب افزایش سالانه سرمایه: صفر  ۵٪  ۱۰٪  ۱۵٪ ۶- مدت بیمه نامه: ..... سال

مشخصات بیمه نامه مورد درخواست

۷- پوشش تکمیلی فوت بیمه شده در اثر حادثه: (سقف ۵,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال) بلی:  بله  خیر   
 ۷,۱ پوشش نقص عضو یا از کارافتادگی دائم ناشی از حادثه: (۱۰۰٪ سرمایه فوت) بلی:  بله  خیر   
 ۷,۲ پوشش هزینه پزشکی ناشی از حادثه: (۲۰٪ سرمایه فوت) بلی:  بله  خیر   
 \* سن پوشش (۴ تا ۷۵ سالگی)

۸- پوشش معافیت از پرداخت حق بیمه بعثت از کارافتادگی کلی و دائم ناشی از بیماری یا حادثه بلی:  بله  خیر   
 ۸,۱ پوشش دریافت مستمری بیکاری در صورت از کارافتادگی کامل و دائم ناشی از بیماری یا حادثه: بلی:  بله  خیر   
 \* سن پوشش (۱۸ تا ۶۰ سالگی)  
 ۹- پوشش بیماریهای خاص: بلی:  بله  خیر   
 \* ۳۰٪ سرمایه فوت تا سقف ۵۰۰ میلیون ریال \* سن پوشش (یک تا ۶۰ سالگی)

۱۰- آیا حق بیمه پوشش های اضافی از حق بیمه سالانه فوق کسر گردد؟ خیر  بلی

اولویت	درصد سهم	نسبت با بیمه شده	شماره ملی	سال تولد	نام پدر	نام، نام خانوادگی استفاده کنندگان
						۱
						۲
						۳
						۴

در صورت فوت استفاده کنندگان

در صورت حیات: بیمه گذار:  بیمه شده:

توجه ۱: در صورت فوت همزمان استفاده کننده و بیمه شده، سرمایه فوت به نسبت سهم الارث بین وراث قانونی بیمه شده تقسیم خواهد شد.  
 توجه ۲: حداکثران جهت رعایت حقوق ذینفع / ذینفعان اصلی از درج وراث قانونی خودداری فرمائید.

۱- آیا در حال حاضر بیمه عمر حادثه صادر شده و یا در جریان صدور دارید؟ در صورت مثبت بودن جدول زیر را تکمیل نمایید. بلی  خیر   
 ۲- آیا پیشنهاد بیمه عمر به شرکت بیمه ای داده اید که مورد موافقت قرار نگرفته باشد؟ در صورت مثبت بودن جدول زیر را تکمیل نمایید. بلی  خیر

نام شرکت بیمه: ..... شماره بیمه نامه / پیشنهاد: ..... سرمایه فوت - ریال: ..... توضیحات / علت عدم صدور: .....

سوابق بیمه ای

تذکر: طبق مصوبات بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران در صورت عدم اطلاع بیمه گر از وجود چنین بیمه نامه هایی، بیمه گر میتواند از ایفای تمام یا بخشی از تعهدات خود خودداری نماید



