

نام و نام خانوادگی بیمه شده: شماره پیش نویس: شماره بیمه نامه:

۶- وضعیت سلامتی بیمه شده (کاملاً محرمانه):
وضعیت نظام وظیفه (مخصوص آقایان): انجام خدمت ☐ معافیت پزشکی ☐ ماده بند معافیت غیر پزشکی ☐ سایر ☐ :

در صورت معافیت، علت آن را شرح دهید (به انضمام کپی کارت معافیت):
.....

آیا رشته (های) ورزشی خاصی انجام می دهید؟ ☐ خیر ☐ بلی ☐ : تفریحی ☐ حرفه ای ☐ نام ببرید:

در حال حاضر بیمه نامه عمر و بیمه نامه حوادث دیگری دارید؟ ☐ خیر ☐ بلی ☐ (در صورت دارا بودن بیش از یک بیمه نامه، سرمایه ها جمع گردد)

نوع بیمه (عمر)	شماره بیمه نامه	سرمایه بیمه	نام شرکت
نوع بیمه (حوادث)	شماره بیمه نامه	سرمایه بیمه	نام شرکت

لطفاً پاسخ ابتدا یا عدم ابتدا به بیماری های قید شده در جدول ذیل را مشخص فرمایید:

بیماری	خیر	بله
۱ قلب		
۲ فشار خون		
۳ هر نوع تومور		
۴ معز		
۵ گوارشی		
بیماری	خیر	بله
۶ عدد داخلی		
۷ سرطان		
۸ ایدز		
۹ دیابت		
۱۰ گوش و حلق و بینی		
بیماری	خیر	بله
۱۱ صرع (لشج)		
۱۲ استخوان		
۱۳ خونی		
۱۴ روحی و عصبی		
۱۵ چشمی		
بیماری	خیر	بله
۱۶ عفونی		
۱۷ تنفسی		
۱۸ انواع مهارت و وسل		
۱۹ کلیه و مجاری ادراری		
۲۰ پوستی		

در صورت مثبت بودن پاسخ هر کدام از پرسش های فوق، نام کامل و علت بیماری، زمان شروع آن، نوع، میزان و مدت زمان داروهای مصرف شده و وضعیت فعلی خود را قید نمائید و هم چنین در صورت انجام عمل جراحی، زمان و علت مشخص را بنویسید و مدارک عمل جراحی (در صورت دارا بودن) را ضمیمه نمائید.

در صورتی که به بیماری های دیگری غیر از موارد ذکر شده مبتلا بوده و یا هستید به طور کامل توضیح دهید:

آیا مسگر/مشروبات الکلی و مواد مخدر مصرف داشته یا می نمائید؟ ☐ خیر ☐ بلی ☐ میزان و مدت زمان مصرف:

سواللات مخصوص بانوان آیا سابقه بیماری های خاص زنانه داشته اید؟ ☐ خیر ☐ بلی ☐ توضیح دهید:

آیا باردار هستید؟ ☐ خیر ☐ بلی ☐ (از صورت بیمه نامه برای بانوان باردار تا حداقل یک ماه پس از زایمان معذوریم) آیا سابقه زایمان داشته اید؟ ☐ خیر ☐ بلی ☐ چنانچه اخیراً (زایمان) خون انجام داده اید آیا در خون شما موارد غیر عادی دیده شده است؟ ☐ خیر ☐ بلی ☐ آیا بر اثر حادثه مصدوم شده اید؟ ☐ خیر ☐ بلی ☐ آیا مورد عمل جراحی قرار گرفته اید؟ ☐ خیر ☐ بلی ☐ آیا نقص عضو دارید؟ ☐ خیر ☐ بلی ☐ آیا سابقه بستری دارید؟ ☐ خیر ☐ بلی ☐ آیا سابقه بیماری حصبه داشته اید؟ ☐ خیر ☐ بلی ☐ (در صورت مثبت بودن پاسخ هر یک از پرسش ها، لطفاً توضیح دهید)

آیا از سیگاریست جهت تردد استفاده می نمائید؟ ☐ خیر ☐ بلی ☐ آیا طی شش ماه گذشته تغییرات وزنی (کاهش یا افزایش) داشته اید؟ ☐ خیر ☐ بلی ☐ آیا در خانواده شما (پدر، مادر، برادر، خواهر، همسر و فرزندان) فردی به بیماری های سل، سرطان، قلبی، غدد داخلی، خونی، سرخس، قند، روحی و عصبی و صرع مبتلا بوده و یا می باشد، نام برده و توضیح دهید:

اینجانبان (بیمه گذار و بیمه شده) امضاء کنندگان این پیشنهاد اعلام می داریم که تمام پاسخ هایی که داده ایم کاملاً درست و عین واقع بوده و هیچ اطلاعاتی را که ممکن است موجب اشتباه بیمه پاسارگاد شود تکمیل نکرده ایم و متلعین که هرگونه اظهار خلاف و خودداری از واقع گوئی، مجوز قانونی باطل شدن بیمه نامه عمر و از دست دادن مزایای این بیمه نامه خواهد شد ضمناً شرکت بیمه پاسارگاد و پزشک معتمد آن شرکت اجازه دارند هرگونه اطلاعاتی را که راجع به وضع مزاجی و سلامت بیمه شده نیاز باشد، کسب نمایند و این اطلاعات فقط جهت پذیرفتن یا تغییر نرخ بیمه مورد استفاده قرار می گیرد و در اختیار هیچ فرد حقیقی و یا حقوقی گذاشته نخواهد شد.

تاریخ:/...../..... نام و امضاء بیمه گذار: تاریخ:/...../..... نام و امضاء بیمه شده:

امضاء کنندگان صحن تأیید هویت بیمه شده و بیمه گذار مندرج در این فرم پرسش نامه، سلامتی ظاهری بیمه شده را تأیید و گواهی می نمایند که فرم پرسش نامه توسط بیمه گذار و بیمه شده تکمیل و امضاء شده است

تاریخ:/...../..... مهر و امضاء نماینده /مدیر فروش/مدیر فروش تاریخ:/...../..... نام و کد ملی، کد و امضاء نماینده فروش

۷- اظهار نظر اولیه کارشناس صدور بیمه نامه:

صدور بیمه نامه نیاز به معاینات و آزمایشات پزشکی دارد؟ ☐ خیر ☐ بلی ☐ معاینات پزشکی ☐ مسائل پزشکی ☐ سایر موارد ☐ میزان اضافه نرخ:

۸- نظریه پزشک معتمد شرکت بیمه (در صورت نیاز):
تاریخ، نام، مهر و امضاء پزشک معتمد

۹- نظریه نهایی کارشناس صدور بیمه نامه:

صدور بیمه نامه با توجه به مندرجات فرم پیشنهاد و قوانین و مقررات بیمه و بیمه گری بلامانع است؟ ☐ خیر ☐ بلی ☐ تاریخ، نام و امضاء کارشناس صدور

۱۰- نظر مدیریت (در صورت لزوم):

این پیشنهاد هیچ گونه تعهدی برای شرکت بیمه و بیمه گذار در صورت عدم صدور بیمه نامه ایجاد نکرده و هیچ نوع خسارتی قابل مطالبه نخواهد بود.

اعتبار بیمه نامه عمر و تأمین آن به پرداخت اولین قسط حق بیمه و یا صدور بیمه نامه شروع می شود.

ممتنع تصمیم بیمه های عمر و تأمین آن به: تهران، خیابان مطهری - خیابان کوه نور - کوچه ششم - پلاک ۸ کد پستی ۱۵۸۷۶۷۳۱۱ - تلفن ۰۲۱) ۴۰۸۱۳۷۵۰۰۲۱) (۰۲۱) پاسارگاد insurance.ir



بیمه پاسارگاد

فرم تعیین ترکیب سرمایه گذاری ذخیره ریاضی

بیمه نامه عمر و تأمین آتیه به منظور محاسبه مشارکت در منافع

لطفا قبل از تکمیل این فرم، مطالب زیر را با دقت مطالعه نمایید:

- بر اساس مقررات مصوب شورای عالی بیمه، شرکت های بیمه موظفند بخشی از ذخایر ریاضی بیمه های عمر را با رعایت تصاب های تعیین شده، نزد بانک ها سپرده گذاری نموده و بخش دیگر را در صندوق های سرمایه گذاری، سهام شرکت های ثبت شده نزد سازمان بورس و اوراق بهادار و ... سرمایه گذاری نمایند.
- بازده سرمایه گذاری های انجام شده از محل ذخایر ریاضی در پایان هر سال مالی توسط شرکت بیمه محاسبه و ۸۵ درصد آن به عنوان مشارکت در منافع بیمه گذار، به نسبت مبلغ ذخیره ریاضی هر بیمه نامه در ابتدای آن سال مالی به ذخیره ریاضی سال قبل اضافه می شود.
- بیمه گذارانی که به موجب این فرم ترکیب سرمایه گذاری خود را تعیین نمایند، پس از دو سال می توانند نسبت به تغییر درخواست، اقدام نمایند.

شرکت بیمه پاسارگاد:

اینجانب

فرزند

به شماره شناسنامه

صادر از

متولد

کد ملی

با مطالعه مطالب فوق و نکات مطرح شده در ذیل این برگه درخواست می نمایم با رعایت مقررات مصوب شورای عالی بیمه، تمام یا قسمتی از ذخایر ریاضی بیمه نامه عمر و تأمین آتیه صادره را به شرح زیر نزد بانک ها و سهام شرکت های ثبت شده در سازمان بورس و اوراق بهادار سرمایه گذاری نموده و در پایان هر سال مالی، منافع حاصله را در محاسبه سهم اینجانب از مشارکت در منافع بیمه های عمر، منظور نمایم.

ترکیب سرمایه گذاری مورد درخواست بیمه گذار به منظور محاسبه شرکت در منافع

ردیف	محل سرمایه گذاری	درصد سرمایه گذاری
۱	سپرده گذاری نزد بانک ها به انتخاب بیمه پاسارگاد	۶۰ ۵۰ ۴۰ ۳۰
۲	سهام شرکت های پذیرفته شده در سازمان بورس و اوراق بهادار به انتخاب بیمه پاسارگاد	۴۰ ۳۰ ۲۰ ۱۰

- در صورتی که مجموع درصدهای انتخابی بیمه گذار کمتر از ۱۰۰ واحد باشد مازاد آن در انواع سرمایه گذاری های شرکت (سپرده، سهام، صندوق، وام بیمه گذاران، اوراق و ...) منظور و بازده آن به روش میانگین محاسبه خواهد شد.
- سود سرمایه گذاری سهام در محاسبات مشارکت در منافع عبارت است از سود تقسیم شده شرکت های سرمایه پذیر به علاوه سود حاصل از خرید و فروش سهام این شرکت ها در طول دوره مالی آنها، قابل ذکر است تغییرات قیمت سهام اعم از کاهش یا افزایش در محاسبات مذکور منظور نخواهد شد.
- در صورت درخواست بیمه گذار، اطلاعات مربوط به بازده سرمایه گذاری های سه سال گذشته شرکت جهت انتخاب سرمایه گذاری مناسب در اختیار وی قرار خواهد گرفت.

تاریخ، نام و امضاء بیمه گذار:

تاریخ، نام و امضاء نماینده فروش:

تاریخ، نام و امضاء نماینده/مدیر ارشد:

تاریخ، نام و امضاء کارشناس صدور:

شماره پیش نویس:

شماره بیمه نامه: