

**فرم پیشنهاد بیمه سپرده زندگی**

این برگه قبل از تأیید شرکت بیمه ملت و صدور بیمه نامه هیچگونه تعهدی را برای شرکت بیمه ملت ایجاد نمی کند.  
از پیشنهاد دهنده تقاضا می گردد به کلیه پرسش های این پیشنهاد جواب کامل ارائه نماید و هیچ سوالی را بدون پاسخ نگذارد زیرا صحت پاسخ ها و کامل بودن آن شرط اصلی معتبر بودن قرارداد بیمه زندگی است که بر اساس این پیشنهاد صادر می گردد.

بیمه ملت

**مشخصات بیمه گزار**

نام شرکت: ..... شماره ثبت: ..... تاریخ ثبت: / /  
 نوع ثبت: دولتی  خصوصی  نوع فعالیت: .....  
 آدرس: .....  
 کد پستی: ..... شماره تلفن: ..... دورنگار: .....

**حداقل سن بیمه گزار ۱۸ سال تمام می باشد.**

نام: ..... نام خانوادگی: ..... نام پدر: .....  
 کد ملی: ..... شماره شناسنامه: ..... محل صدور: ..... محل تولد: .....  
 تاریخ تولد: روز ..... ماه ..... سال ..... جنسیت: مرد  زن  وضعیت تاهل: مجرد  متاهل  سطح تحصیلات: .....  
 وضعیت خدمت سربازی: انجام شده  انجام نشده  معافیت غیرپزشکی  معافیت پزشکی  علت معافیت: ..... ماده: ..... بند: ..... سال: .....  
 عنوان شغل: ..... تاریخ شروع به اشتغال (کار فعلی): روز ..... ماه ..... سال .....  
 نشانی محل سکونت: استان ..... شهر ..... نشانی: .....  
 شماره همراه: ..... ۰۹ ..... پست الکترونیک: .....@ .....  
 تلفن منزل (با ذکر کد شهر): ..... کدپستی منزل: .....  
 نشانی محل کار: استان ..... شهر ..... نشانی: .....  
 تلفن محل کار (با ذکر کد شهر): ..... نسبت با بیمه شده: .....

**مشخصات بیمه شده**

(در صورتی که بیمه گزار و بیمه شده یک شخص باشد، تکمیل این قسمت ضرورتی ندارد.)

نام: ..... نام خانوادگی: ..... نام پدر: .....  
 کد ملی: ..... شماره شناسنامه: ..... محل صدور: ..... محل تولد: .....  
 تاریخ تولد: روز ..... ماه ..... سال ..... جنسیت: مرد  زن  وضعیت تاهل: مجرد  متاهل  سطح تحصیلات: .....  
 وضعیت خدمت سربازی: انجام شده  انجام نشده  معافیت غیرپزشکی  معافیت پزشکی  علت معافیت: ..... ماده: ..... بند: ..... سال: .....  
 عنوان شغل: ..... تاریخ شروع به اشتغال (کار فعلی): روز ..... ماه ..... سال .....  
 نشانی محل سکونت: استان ..... شهر ..... نشانی: .....  
 شماره همراه: ..... ۰۹ ..... پست الکترونیک: .....@ ..... دورنگار: .....  
 تلفن منزل (با ذکر کد شهر): ..... کدپستی منزل: .....  
 نشانی محل کار: استان ..... شهر ..... نشانی: .....  
 تلفن محل کار (با ذکر کد شهر): .....

**مشخصات استفاده کنندگان از سرمایه بیمه نامه** استفاده کنندگان از سرمایه بیمه نامه در صورت حیات و فوت بیمه شده در مدت بیمه نامه ( تکمیل کل اطلاعات ردیف الزامیست)

ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره شناسنامه	کد ملی	نام پدر	تاریخ تولد	نسبت با بیمه شده	درصد استفاده از سرمایه بیمه سپرده زندگی	در صورت حیات یا فوت	اولویت
۱									
۲									
۳									
۴									
۵									

در صورت حیات بیمه شده در انقضای مدت بیمه، چنانچه استفاده کننده مشخص نشده باشد سرمایه بیمه به بیمه گزار پرداخت خواهد شد. در صورت فوت بیمه شده، چنانچه استفاده کننده تعیین نشده باشد، سرمایه بین وراث قانونی بیمه شده به نسبت سهم الارث تقسیم خواهد شد و چنانچه استفاده کنندگان تعیین شوند، اما درصد استفاده از سرمایه بیمه مشخص نشده باشد، سرمایه به نسبت مساوی بین استفاده کنندگان تقسیم خواهد شد.

بیمه

آیا در حال حاضر بیمه زندگی دیگری دارید؟  بله  خیر در صورت مثبت بودن جدول زیر را تکمیل نمایید.

**سوابق بیمه ای**

نام و نوع بیمه	شماره بیمه نامه	سرمایه بیمه	تاریخ شروع	مدت قرارداد	نام شرکت بیمه	نام واحد صدور

**مشخصات بیمه سپرده زندگی**

- (۱) سپرده اولیه: ..... ریال (۲) سرمایه اولیه فوت: ..... ریال (حداکثر ۱۰ میلیارد ریال)
- (۳) پوشش فوت بر اثر حادثه: عدم درخواست  یک برابر سرمایه فوت  دو برابر سرمایه فوت  سه برابر سرمایه فوت
- (۴) مدت بیمه نامه: .....
- (۵) آیا پوشش امراض خاص را می خواهید؟ بله  خیر  حداکثر سرمایه امراض خاص ..... نرخ سرمایه امراض خاص معادل ۳۰ درصد سرمایه فوت می باشد.
- (۶) آیا پوشش از کار افتادگی کامل و دائم را می خواهید؟ بله  خیر  (۸) سقف سرمایه از کار افتادگی ..... (حداکثر ۲ میلیارد ریال)
- (۷) نرخ تعدیل سرمایه فوت: .....

**سوالات عمومی پزشکی بیمه شده**

**بیمه شده می بایست با دقت به سوالات زیر پاسخ گوید.**

۱. بیماری های دوران بزرگسالی (در صورت ابتلا به هر نوع بیماری بیان نمایید).

- بیماری های اعصاب و روان (با ذکر نوع و مدت ابتلا و وضعیت فعلی) .....

- سابقه ای از تصادفات و جراحات (با ذکر نوع جراحات و زمان) .....

- سابقه اعمال جراحی (با ذکر علت و زمان عمل) .....

- سابقه بستری در بیمارستان (با ذکر علت و زمان بستری) .....

- وضعیت سلامت جاری سالم: بله  خیر  ابتلا به افسردگی: بله  خیر

- انواع سرطان بدخیم: بله  خیر  سابقه شیمی درمانی یا رادیو تراپی (برق گذاشتن): بله  خیر

**۲. آزمایشات غربالگری**

- آزمایش کامل خون: تاریخ: ..... نتیجه: .....

- آزمایش کامل ادرار: تاریخ: ..... نتیجه: .....

- آزمایش تست سل: تاریخ: ..... نتیجه: .....

- آزمایش پاپ اسمیر: تاریخ: ..... نتیجه: .....

- آزمایش ماموگرام: تاریخ: ..... نتیجه: .....

**فرم پیشنهاد بیمه سپرده زندگی**

- آزمایش خون مخفی مدفوع: تاریخ: ..... نتیجه: .....

- میزان کلسترول خون: تاریخ: ..... نتیجه: .....

**۳. استعمال دخانیات**

- استعمال دخانیات به هر شکل (استنشاقی، جویدنی و ...)  استعمال سیگار (تعداد نخ روزانه به مدت سالانه) .....

۴. مواد مخدر  الکل  حشیش  کراک  تریاک و مشتقات آن  داروهای شبه مخدر و مخدر مانند ترامادول و مورفین

**۵. تاریخچه فامیلی**

- آیا پدر شما در قید حیات است؟ بله  خیر  سن فعلی ..... سال سن فوت ..... سال علت فوت .....

- آیا مادر شما در قید حیات است؟ بله  خیر  سن فعلی ..... سال سن فوت ..... سال علت فوت .....

- سابقه وجود بیماری های خاص در خانواده

بالا بودن فشار خون  بله  خیر  انواع بیماری قلبی  بله  خیر  سل  بله  خیر  سکت قلبی  بله  خیر

بیماری کلیوی  بله  خیر  انواع سرطان  بله  خیر  تورم مفاصل  بله  خیر  انواع کم خونی  بله  خیر

سردردها  بله  خیر  تشنج (صرع)  بله  خیر  عقب ماندگی ذهنی  بله  خیر  دیابت  بله  خیر

**ROS**

۱. وضعیت عمومی: وزن ..... کیلوگرم آیا اخیراً تغییر وزن داشته اید؟ بله  خیر  کاهش  بله  خیر  افزایش  بله  خیر

قد ..... سانتی متر ضعف عمومی  بله  خیر  تب  بله  خیر  احساس خستگی مداوم  بله  خیر

۲. پوست: هر گونه تغییر رنگ پوست  توده پوستی  خارش  خشکی پوست  کهیر  تغییرات مو و ناخن

۳. سر: سردرد  ضربه به سر

۴. چشمها: آیا طی یک سال گذشته به چشم پزشک مراجعه داشته اید؟ بله  خیر

استفاده از عینک یا لنز  درد  سرخی  ترشح زیاد اشک  مگس پران  ناخنک  آب مروارید  آب سیاه

۵. دهان و حلق: آیا در شش ماه گذشته به دندان پزشک مراجعه داشته اید؟ بله  خیر

خونریزی لثه  زخم زبان  خشکی دهان  زخم های مکرر حلق و دهان  خشونت صدا

۶. گردن: توده  گواتر  درد  سفتی

۷. دستگاه تنفسی: سرفه  خلط خونی  خس خس سینه  سوت کشیدن سینه  سرفه خونی  تنگی نفس

ابتلا قبلی یا فعلی به سل  ابتلا قبلی یا فعلی به هر نوع بیماری تنفسی  آیا در شش ماه گذشته عکس سینه (C.X.R) گرفته اید؟ بله  خیر

۸. دستگاه قلبی و عروق: مشکلات قلبی  افزایش فشار خون  تب رماتیسمی  درد یا احساس ناراحتی در سینه  تپش قلب  تنگی نفس

تنگی نفس در خواب یا در وضعیتهای متفاوت  ورم اندام تحتانی  آیا در شش ماه گذشته نوار قلب گرفته اید؟ بله  خیر

۹. دستگاه گوارشی: مشکلات بلع  سوزش سر دل  تهوع  استفراغ  پراشتهایی  کم اشتهایی  برگشت غذا به دهان  استفراغ خونی  عدم هضم غذا

تغییرات اجابت مزاج  خونریزی از مدفوع  دردهای مبهم شکم  عدم تحمل به غذای خاص  یرقان یا زردی  مشکلات کبدی صفراوی  هپاتیت ها  اسهال مزمن

۱۰. دستگاه ادراری: تکرر ادرار  سوزش  افزایش یا کاهش حجم ادرار  درد  خون ادراری بدون درد  کاهش قطر ادرار  عدم توانایی در نگهداری ادرار

سنگ های ادراری  عفونت ادراری

۱۱. دستگاه اسکلتی عضلانی: درد در عضله یا مفصل  خشکی یا تورم مفصل  کمردرد  سابقه انواع دیسک ستون فقرات

۱۲. دستگاه اعصاب مرکزی: کاهش موقت هوشیاری  تشنج  ضعف و فلج موقت اندام  بی حسی  سوزن سوزن شدن اندام  لرزش

عدم توانایی در ایستادن  افتادن به طرفین هنگام راه رفتن

۱۳. دستگاه خونساز: انواع کم خونی  سابقه خونریزی های زیر جلدی با حداقل یا بدون ضربه (خود بخودی)  سابقه انتقال خون و یا واکنش به آن

۱۴. غدد درون ریز: مشکلات تیروئید  عدم تحمل به گرما یا سرما  تعریق زیاد  دیابت  تشنگی یا گرسنگی زیاد  پرادراری

**فرم پیشنهاد بیمه سپرده زندگی**

۱۵. پستان (مخصوص خانمها): توده  درد یا احساس ناراحتی  ترشح

۱۶. در صورت داشتن بیماری دیگری لطفاً ذکر نمایید:

۱۷. در صورت مصرف هر نوع دارو لطفاً ذکر نمایید:

**لطفاً موارد ذیل را به دقت مطالعه فرمایید. امضای شما به منزله اطلاع از کلیه موارد ذکر شده و موافقت با شرایط و مفاد بیمه نامه می باشد.**

• **ارتباط با بیمه گزار:** شماره موبایل ثبت شده در فرم پیشنهاد راه ارتباطی بیمه ملت در خصوص بیمه نامه شما می باشد. لذا از صحت آن اطمینان حاصل کرده و در صورت هرگونه تغییر به نماینده اطلاع داده شود.

• **\*\* نکته مهم:** در صورت عدم دریافت پیامک تایید پرداخت قسط اول (حداکثر تا یک هفته از تاریخ تکمیل این فرم) بیمه نامه فاقد اعتبار می باشد. در این شرایط موضوع را سریعاً از امور مشتریان بیمه ملت (شماره ۰۲۱-۸۵۳۳۳ پیگیری نمایید. \*\*

زمان شروع اعتبار بیمه نامه: بیمه نامه پس از صدور و انجام اولین واریزی، از ساعت ۲۴ تاریخ صدور معتبر می باشد.

• **بازخرید:** تا یکماه اول در صورت انصراف از ادامه بیمه نامه عین مبلغ به حساب بیمه گزار عودت داده می شود و در صورت انصراف از ادامه پس از ماه اول، تعهدات بیمه گر صرفاً محدود به ارزش بازخرید خواهد بود.

• **تاخیر در پرداخت حق بیمه:** در صورت عدم پرداخت حق بیمه در سررسیدهای مقرر، به منظور حفظ پوشش های بیمه ای، حق بیمه خطر فوت، پوششهای تکمیلی و هزینه های بیمه گری از محل ذخیره ریاضی بیمه نامه تامین می شود و پس از آنکه ذخیره ریاضی بیمه نامه کمتر از مجموع هزینه های یاد شده باشد، بیمه نامه معلق می شود. بیمه گزار در صورت موافقت بیمه گر میتواند با پرداخت حق بیمه مقرر، بیمه نامه را مجدداً برقرار نماید.

• **بیمه نامه و جدول ضمانت:** اصل بیمه نامه همراه با ضمانت پیوست شامل جدول تعهدات بیمه گر که میزان پوشش های بیمه ای را نشان می دهد و دفترچه شرایط عمومی و خصوصی تحویل بیمه گزار می گردد. ضمایم مربوطه جزو لاینفک بیمه نامه بوده و بیمه گزار موظف به مطالعه ضمایم مذکور می باشد.

• **هزینه آزمایشات پزشکی:** در صورتی که بنابر تشخیص پزشک معتمد شرکت، نیاز به انجام آزمایشات پزشکی باشد، پس از صدور بیمه نامه و پرداخت حق بیمه مربوطه، هزینه آزمایشات با ارائه اصل فاکتور آزمایشات و معرفی نامه پزشکی توسط شرکت بیمه ملت پرداخت خواهد شد.

• **بیمه نامه عمر زمانی رایگان:** پس از تکمیل فرم پیشنهاد تا زمان صدور بیمه نامه و سررسید اولین قسط، به شرط آنکه این مدت زمان از یک ماه تجاوز نکند، بیمه شده تحت پوشش رایگان بیمه نامه موقت فوت در اثر حادثه با سرمایه ۵۰.۰۰۰.۰۰۰ ریال می باشد.

اینجانبان بیمه گزار و بیمه شده (متقاضیان بیمه نامه) اعلام میداریم:

(۱) تمام پاسخهایی که در این پرسشنامه داده ام کاملاً درست بوده و هرگونه اظهار خلاف و خودداری از واقع گویی درباره وضع مزاجی و سلامتی بیمه شده و سایر موارد، به موجب ماده ۱۲ قانون بیمه، باعث ابطال و سلب مزایای بیمه نامه خواهد گردید. ضمناً شرکت بیمه اجازه دارد هر زمان که لازم بداند هرگونه تحقیق از پرونده پزشکی بیمه شده را به عمل آورد.

(۲) توضیحات مندرج در صفحه آخر را مطالعه و موافقت خود را با شرایط و مفاد بیمه نامه اعلام می دارم.

**\* تذکر: این برگه قبل از تایید شرکت بیمه ملت و صدور بیمه نامه هیچگونه تعهدی را در خصوص پوشش های درخواستی بیمه گزار برای شرکت بیمه ملت ایجاد نمی کند.**

« در صورتی که سن بیمه شده کمتر از ۱۸ سال است، امضای قیم قانونی ضروری می باشد. »



نام و امضای بیمه گزار تاریخ	نام و امضای بیمه شده / قیم قانونی تاریخ	مهر و امضای نماینده / کارگزار تاریخ	مهر و امضای کارشناس فروش تاریخ
--------------------------------	--	--	-----------------------------------