شماره شناسایی سند: PI31F009
شماره بازنگری: 03

پیشنهاد بیمه عمر انفرادی

شماره ثبت ۷۰۰۷۴۲

پیشنهاد دهنده گرامی، خواهشمند است به کلیه 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 پیشنهاد و پاسخ‌های شما بوده و به آن استناد خواهد شد. ضمناً تکمیل این پیشنهاد هیچ تعهدی را برای بیمه‌گر ایجاد نمی‌نماید.

مشخصات بیمه‌گذار

نام: وحید
نام خانوادگی: آذرسن

کد ملی: ۱۳۷۸۳۴۸۱۷۶ | شماره شناسنامه: ۱۹۸۲ | نام پدر: رسول | محل تولد: تبریز | محل صدور: تبریز

تاریخ تولد: ۱۳۶۱/۶/۱ | وضعیت تاهل: ☑ متاهل ☐ مجرد | جنسیت: ☑ مرد ☐ زن | تحصیلات: لیسانس

شغل اصلی: کارمند | شغل فرعی: | درآمد ماهیانه: .... ریال

(لطفاً نوع شغل یا کاری را که به آن اشتغال دارید، به صورت دقیق ذکر نمایید. عناوین شغلی مانند آزاد، کارگر، کارمند، عنوان رشته تحصیلی و ... مورد قبول نمی‌باشد.)

محل سکونت: استان آ.ش | شهر تبریز | نشانی دقیق: ...
تلفن محل سکونت: (با ذکر کد شهر) ۳۴۴۰۲۱۷۷ | کد پستی محل سکونت: | تلفن همراه: ۰۹۱۴۴۰۴۸۸۷۰
محل کار: استان آ.ش | شهر تبریز | نشانی دقیق: ...
تلفن محل کار: (با ذکر کد شهر) ۳۴۲۸۲۱۴۷ | کد پستی محل کار: | نسبت با بیمه‌شده: ☐ خود شخص ☐ سایر: ....

مشخصات بیمه‌شده

نام: ...
نام خانوادگی: ...

کد ملی: ۱۳۶۷۶۴۰۲۰۲ | شماره شناسنامه: | نام پدر: ... | محل تولد: تبریز | محل صدور: تبریز

تاریخ تولد: ۱۳۶۶/۰/۱۱ | وضعیت تاهل: ☑ متاهل ☐ مجرد | جنسیت: ☑ مرد ☐ زن | تحصیلات:

شغل اصلی: | شغل فرعی: | درآمد ماهیانه: .... ریال

(لطفاً نوع شغل یا کاری را که به آن اشتغال دارید، به صورت دقیق ذکر نمایید. عناوین شغلی مانند آزاد، کارگر، کارمند، عنوان رشته تحصیلی و ... مورد قبول نمی‌باشد.)

محل سکونت: استان آ.ش | شهر تبریز | نشانی دقیق: ...
تلفن محل سکونت: (با ذکر کد شهر) ۳۴۴۰۲۱۷۷ | کدپستی محل سکونت: | تلفن همراه: ۰۹۱۴۴۰۴۸۸۷۰
محل کار: استان | شهر | نشانی دقیق:
تلفن محل کار: (با ذکر کد شهر) | کدپستی محل کار:

مشخصات بیمه‌نامه

نوع بیمه‌نامه: ☑ عمر و سرمایه‌گذاری ☐ عمر ساده زمانی ☐ عمر مانده بدهکار با حق بیمه یکجا

سرمایه فوت: ۱۹۲،۰۰۰،۰۰۰ ریال | نرخ افزایش سرمایه فوت: ☑ ۰ (ثابت) ☐ ۵٪ ☐ ۱۰٪ ☐ ۱۵٪ ☐ ۲۰٪

روش و میزان پرداخت حق بیمه:
☐ حق‌بیمه یکجا — پرداخت حق‌بیمه یکجا به مبلغ (حروف، عدد): .... ریال
☐ حق‌بیمه اولیه و حق بیمه منظم — پرداخت حق‌بیمه اولیه به مبلغ (حروف، عدد): ۱۹۲،۰۰۰،۰۰۰ ریال؛ پرداخت حق‌بیمه منظم: ☐ ماهانه ☐ سه ماهه ☐ شش ماهه ☐ سالانه به مبلغ (عدد): .... ریال
☑ حق‌بیمه منظم — پرداخت حق‌بیمه منظم: ☑ ماهانه ☐ سه ماهه ☐ شش ماهه ☐ سالانه به مبلغ (عدد): .... ریال

مدت بیمه‌نامه: ۲۵ سال | نرخ افزایش حق بیمه منظم: ☑ ۰ (ثابت) ☐ ۵٪ ☐ ۱۰٪ ☐ ۱۵٪ ☐ ۲۰٪

در صورت انتخاب بیمه عمر مانده بدهکار، مانده وام دریافتی را نیز اعلام نمایید. | مانده وام دریافتی: .... ریال

پوشش‌های اضافی

☐ فوت در اثر حادثه با سرمایه .... ریال | ☑ نقص عضو یا از کارافتادگی دائم ناشی از حادثه با سرمایه .... ریال
☐ پرداخت مقرری روزانه بستری شدن در مراکز درمانی ناشی از حادثه | ☐ پرداخت هزینه پزشکی ناشی از حادثه
☐ معافیت از پرداخت حق‌بیمه‌های سنوات در صورت از کارافتادگی دائم و کامل ناشی از (بیماری یا حادثه) | ☐ معافیت از پرداخت کل حق‌بیمه در صورت از کارافتادگی دائم و کامل ناشی از (بیماری یا حادثه)
☐ پرداخت مستمری در صورت از کارافتادگی دائم و کامل ناشی از (بیماری یا حادثه) | ☐ پرداخت سرمایه بیمه در صورت از کارافتادگی دائم و کامل ناشی از (بیماری یا حادثه)
☐ امراض خاص | حق‌بیمه پوشش‌های اضافی و متمم از ارزش اندوخته مازاد بر حق‌بیمه پایه محاسبه گردد: ☑ بلی ☐ خیر

مشخصات استفاده کنندگان از سرمایه بیمه‌نامه

	نام	نام خانوادگی (نام نوبتی)	جنسیت	نام پدر	کد ملی (شماره ثبت)	شماره شناسنامه	روز	ماه	سال	محل تولد (محل ثبت)	نسبت با بیمه‌شده	درصد سهم	اولویت
حیات	وحید	قدس	مذکر	رسول	۱۳۷۸۳۴۸۱۷۶	۱۹۸۲	۱	۶	۶۱	تبریز	پدر	۱۰۰٪	اول
فوت	وحید	قدس	مذکر	رسول	۱۳۷۸۳۴۸۱۷۶	۱۹۸۲	۱	۶	۶۱	تبریز	پدر	۱۰۰٪	

سوالات عمومی (بیمه‌شده)

قد بیمه‌شده: ۹۸ سانتی‌متر | وزن بیمه‌شده: ۱۷ کیلوگرم | کد نمایندگی:

وضعیت انجام نظام وظیفه: ☐ انجام خدمت وظیفه عمومی ☐ معافیت پزشکی: بند ...... و ماده ...... علت معافیت: ....
☐ معافیت غیر پزشکی: .... ☐ عدم انجام خدمت وظیفه عمومی ☐ غیر مشمول
آیا از موتور سیکلت دنده‌ای استفاده می‌نمایید؟ ☑ خیر ☐ بلی، بندرت ☐ بلی، بطور مستمر (موارد استفاده را شرح دهید)
آیا رشته‌(های) ورزشی خاصی را انجام می‌دهید؟ ☑ خیر ☐ بلی، تفریحی ☐ بلی، حرفه‌ای نام رشته(های) ورزشی: ....
آیا مسافرت مستمر یا ماموریت کاری برون شهری انجام می‌دهید؟ ☑ خیر ☐ بلی (تعداد مسافرت ماهانه، وسیله نقلیه و مقصد را بیان نمایید)
اگر فعالیت‌های جنبی دیگری انجام می‌دهید بیان نمائید؟

مهر، امضاء و نام نمایندگی

محل امضاء: نام بیمه‌گذار، تاریخ و امضاء: وحید قدس | نام بیمه‌شده، تاریخ و امضاء: آرسن قدس | تاریخ: / / ۱۳

آدرس: تهران، خیابان ولی‌عصر، بالاتر از بلوار میرداماد، خیابان قبادیان، پلاک ۲۲، کد پستی: ۱۹۶۹۶۳۳۳۹۱ - تلفن ۸۲۵۹
www.parsianinsurance.ir

شماره شناسایی سند: P131F009
شماره بازنگری: 03

پارسیان (سهامی عام)
شماره ثبت ۲۰۰۷۳۶

پیشنهاد بیمه عمر انفرادی

نام و نام خانوادگی بیمه‌شده:

وضعیت سلامتی بیمه شده

ردیف	بیماری	بلی	خیر	ردیف	بیماری	بلی	خیر
۱	بیماری‌های دستگاه تنفسی (سرفه مزمن، آسم، تنگی نفس، خلط خونی یا چرکی و ...)		✓	۲	بیماری‌های قلب و عروق (درد قفسه سینه، تنگی نفس فعالیتی، سکته قلبی، واریس، تپش قلب و ...)		✓
۳	بیماری‌های خونی (سابقه تزریق خون، کم‌خونی، خونریزی‌های بدون علت و طولانی از هر قسمت بدن)		✓	۴	بیماری‌های گوارشی (کبد، زردی یا یرقان، دردهای طولانی مدت شکمی، تهوع، یبوست و ...)		✓
۵	بیماری‌های اعصاب و روان (افسردگی، اضطراب، تشویش، وسواس، سابقه خودکشی و ...)		✓	۶	بیماری‌های داخلی اعصاب (تشنج، سکته مغزی، مشکلات حرکتی، فراموشی و ...)		✓
۷	بیماری‌های کلیه و مجاری ادرار (درد پهلو، خون در ادرار، سوزش ادرار، سنگ کلیه و ...)		✓	۸	بیماری‌های گوش، حلق و بینی (سرگیجه، خونریزی بینی، کاهش شنوایی، ترشحات چرکی یا خونی از گوش)		✓
۹	بیماری‌های پوستی (خودپزو یا عفونت‌های پوستی، خال‌های بزرگ در حال رشد، غده‌های پوستی و ...)		✓	۱۰	بیماری‌های استخوانی، عضلات و مفاصل و ...		✓
۱۱	بیماری‌های غدد داخلی و غیرواگیردار (تیروئید، کاهش یا افزایش اشتها، تغییر وزن، قند خون بالا و ...)		✓	۱۲	بیماری‌های عفونی (سل، هپاتیت، حصبه، تب مالت، مالاریا، ایدز، کیست هیداتیک و ...)		✓
۱۳	آیا دارای فشار خون هستید؟		✓	۱۴	آیا دارای دیابت هستید؟		✓
۱۵	آیا سابقه سرطان و بدخیمی داشته‌اید؟		✓	۱۶	آیا سابقه تومور داشته‌اید؟		✓
۱۷	آیا مورد عمل جراحی قرار گرفته‌اید؟		✓	۱۸	آیا سابقه بستری شدن در بیمارستان، آسایشگاه و یا سایر مراکز درمانی را دارید؟		✓
۱۹	آیا دچار نقص عضو شده‌اید؟		✓	۲۰	آیا دچار از کارافتادگی شده‌اید؟		✓
۲۱	آیا در شش ماه گذشته کاهش وزن داشته‌اید؟		✓	۲۲	آیا به بیماری یا عارضه دیگری مبتلا شده‌اید که ذکر نشده باشد؟		✓
۲۳	آیا از دارو برای بیماری طولانی مدت استفاده می‌کنید؟		✓	۲۴	آیا در حال حاضر به لحاظ پزشکی سالم هستید؟		✓
۲۵	آیا دچار شکستگی در ناحیه‌ای از بدن شده‌اید؟		✓	۲۶	آیا سابقه تصادف، حادثه یا سقوط داشته‌اید؟		✓

مخصوص بانوان

ردیف	بیماری	بلی	خیر	ردیف	بیماری	بلی	خیر
۲۷	آیا در حال حاضر باردار هستید؟		✓	۲۸	آیا بیماری‌های زنان دارید؟		✓
۲۹	آیا سابقه خونریزی غیرطبیعی، توده در پستان و غده‌ای در ناحیه سینه و رحم داشته‌اید؟		✓	۳۰	آیا در اثر عوارض و بیماری‌های ناشی از حاملگی یا زایمان ... شده‌اید؟		✓

سایر موارد

ردیف	بیماری	بلی	خیر
۳۱	بیماری‌های چشمی (خون‌مردگی یا کبودی دور چشم، ضربه به چشم، پارگی مویرگ‌های چشم، تاری دید، دوبینی، کاهش بینایی، انحراف چشم، ضعف چشم و ...)		✓
۳۲	آیا کسی از بستگان درجه یک شما به بیماری سل، تشنج، سرطان، بیماری قلبی، فشارخون، دیابت، نارسایی کلیه، سکته مغزی، بیماری مادرزادی و بیماری روحی و عصبی مبتلا بوده یا می‌باشد؟		✓
۳۳	آیا در حال حاضر به علت بیماری یا مورد خاص تحت مداوا یا مشاوره پزشکی قرار دارید؟		✓
۳۴	در صورت استفاده از موارد ذکر شده، مقدار، نوع و مدت مصرف را اعلام نمایید ☐ دخانیات (سیگار، قلیان و ...) ☐ مشروبات الکلی ☐ مواد مخدر، محرک و روان‌گردان ☑ هیچکدام		

سوابق بیماری

درصورت مثبت بودن هرکدام از سوالات فوق با ذکر نام بیماری، زمان شروع بیماری، نوع و میزان داروی مصرفی، مدت زمان داروی مصرفی، درمان انجام‌شده و وضعیت فعلی (بیمه‌شده) را توضیح دهید. (در صورت جراحی، تاریخ و علت عمل جراحی یا بستری شدن را ذکر فرمایید).

وضعیت سلامتی خانواده بیمه شده

افراد خانواده	سن	حیات / فوت	شرح (در صورت حیات، وضعیت سلامت و در صورت فوت علت آن را شرح دهید)
پدر	۳۸	☑ حیات ☐ فوت	
مادر	۳۱	☑ حیات ☐ فوت	
☐ خواهر / ☐ برادر		☐ حیات ☐ فوت	
☐ خواهر / ☐ برادر		☐ حیات ☐ فوت	
☐ خواهر / ☐ برادر		☐ حیات ☐ فوت	

سوابق بیمه‌ای

آیا تا به حال درخواست بیمه عمری داشته‌اید که یک شرکت بیمه صدور آن را نپذیرفته باشد؟ ☐ بلی ☑ خیر (در صورت مثبت بودن، جدول زیر را تکمیل کنید.)

آیا در حال حاضر پیشنهاد بیمه عمر یا حادثه در جریان صدور یا صادر شده دارید؟ ☐ بلی ☑ خیر (در صورت مثبت بودن، جدول زیر را تکمیل کنید.)

شرکت بیمه‌گر	نوع بیمه‌نامه	در جریان / صدور / عدم صدور	تاریخ صدور / عدم صدور	سرمایه فوت (ریال) به هر علت	سرمایه فوت (ریال) در اثر حادثه	شرح (در صورت عدم صدور بیمه‌نامه، علت آن را شرح دهید)
		☐ در جریان صدور ☐ صدور ☐ عدم صدور	/ / ۱۳			
		☐ در جریان صدور ☐ صدور ☐ عدم صدور	/ / ۱۳			

اینجانبان (بیمه‌شده و بیمه‌گذار) امضاءکنندگان این پیشنهاد اعلام می‌نماییم که پاسخ‌های داده شده کاملاً درست و عین واقعیت بوده و مطلع هستیم که هرگونه اظهار خلاف واقع و خودداری از واقع‌گویی به موجب قانون بیمه باعث باطل شدن قرارداد بیمه عمر و از دست دادن مزایای آن خواهد شد. ضمناً بیمه‌گر یا پزشکان معتمد اجازه دارند هرگونه اطلاعاتی را که راجع وضع مزاجی و سلامت بیمه‌شده نیاز باشد کسب نمایند.

محل امضاء

نام بیمه‌گذار: وحید قدسی
امضاء بیمه‌گذار:
تاریخ:

نام بیمه‌شده: آرین قدسی
امضاء بیمه‌شده:
تاریخ:

نماینده / کارگزار

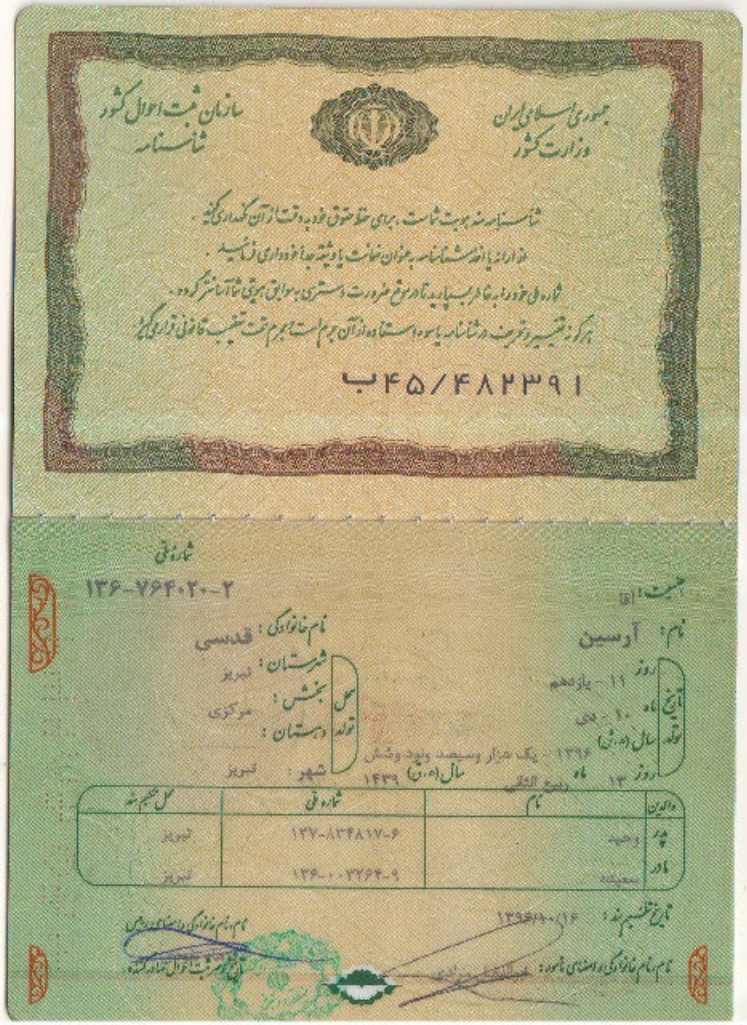
آیا بیمه شده را شخصاً می‌شناسید؟ ☐ بلی ☐ خیر از چه مدتی؟
آیا ملاحظات خاصی از سلامت فعلی یا گذشته او دارید؟ شرح دهید ☐ بلی ☐ خیر
آیا درباره شرایط بیمه عمر اطلاعات کامل در اختیار بیمه‌گذار و بیمه‌شده گذارده‌اید؟ ☐ بلی ☐ خیر
آیا صحت امضاء بیمه‌شده و بیمه‌گذار مورد تایید شما می‌باشد؟ ☐ بلی ☐ خیر

کد نمایندگی
مهر، امضاء و نام نمایندگی
تاریخ: / / ۱۳

نظر پزشک معتمد

تاریخ: / / ۱۳ نام، امضاء و مهر پزشک معتمد:

اضافه نرخ: درصد



جمهوری اسلامی ایران
وزارت کشور

سازمان ثبت احوال کشور
شناسنامه

شناسنامه سند هویت شماست، برای حفظ حقوق خود به دقت از آن نگهداری کنید.
از ارائه یا اخذ شناسنامه به عنوان ضمانت یا وثیقه جداً خودداری فرمائید.
شماره ملی خود را به خاطر بسپارید تا در موقع ضرورت دسترسی به سوابق هویتی شما آسانتر گردد.
هرگونه تغییر و تحریف در شناسنامه یا سوء استفاده از آن جرم است و مجرم تحت تعقیب قانونی قرار می‌گیرد.

۴۵/۴۸۲۳۹۱ب

شماره ملی
۱۳۶-۷۶۴۰۲۰-۲

جنسیت: آقا

نام: آرسین

نام خانوادگی: قدسی

تاریخ تولد: روز ۱۱ - یازدهم
ماه ۱۰ - دی
سال (ه.ش) ۱۳۹۶ - یک هزار و سیصد و نود و شش

محل تولد: شهرستان: تبریز
بخش: مرکزی
دهستان:
شهر: تبریز

روز ۱۳ ماه ربیع الثانی سال (ه.ق) ۱۴۳۹

والدین	نام	شماره ملی	محل تنظیم سند
پدر	وحید	۱۳۷-۸۳۴۸۱۷-۶	تبریز
مادر	سعیده	۱۳۶-۰۰۳۲۶۴-۹	تبریز

تاریخ تنظیم سند: ۱۳۹۶/۱۰/۱۶

نام، نام خانوادگی و امضای مأمور: [illegible]

نام، نام خانوادگی و امضای رئیس
تاریخ و مهر ثبت احوال صادر کننده

جمهوری اسلامی ایران
کارت هوشمندی

شماره ملی: ۱۳۷۸۳۴۸۱۷۶
نام: وحید
نام خانوادگی: قدسی نصیرآبادی
تاریخ تولد: ۱۳۶۱/۰۶/۰۱
نام پدر: رسول
پایان اعتبار: ۱۴۰۲/۰۲/۰۶