



پرسشنامه بیمه‌های عمر جمعی

مشخصات بیمه گزار

شماره قرارداد :

شماره تلفن :

نام بیمه گزار :

آدرس :

مشخصات بیمه شده (متقاضی)

جنس : زن / مرد
 وضعیت خانوادگی : متاهل / مجرد
 خدمت وظیفه را انجام داده اید : بلی / خیر
 اگر پاسخ منفی است علت را ذکر نمایید.

پدر فوت شده است ؟ در چه سنی ؟ به چه علت ؟
 مادر فوت شده است ؟ در چه سنی ؟ به چه علت ؟

شماره تلفن :

شماره تلفن :

نام و نام خانوادگی :

شماره شناسنامه و محل صدور :

تاریخ تولد :

نوع شغل :

شماره کارمندی :

ملیت : ایرانی در صورتیکه غیر ایرانی هستید نام کشور

متبوع و شماره پاسپورت

آدرس محل کار :

آدرس محل سکونت :

اینجانبان (بیمه گزار و بیمه شده) ، امضاء کنندگان این پیشنهاد اعلام می داریم که به کلیه پرسشهای مشروحه در این فرم با صداقت و به نحو کامل جواب داده و از مقررات و شرایط عمومی بیمه نامه اطلاع کامل حاصل ننوده و اعلام می نمایم که جوابهای داده شده کاملاً درست و عین واقعیت بوده و مطلعیم که هرگونه اظهار خلاف واقع و خودداری از واقع گویی به عمد ، به موجب قانون بیمه باعث باطل شدن قرارداد بیمه عمر و ازدست دادن مزایای آن خواهد شد . در ضمن بیمه گر یا پزشکان معتمد اجازه دارند هرگونه اطلاعی را که راجع به وضع مزاجی و سلامت بیمه شده نیاز باشد کسب نمایند .

مهر و امضاء بیمه گزار

امضاء بیمه شده (متقاضی)

تاریخ

این قسمت توسط بیمه گر تکمیل می گردد :

نظر پزشک معتمد شرکت :

با توجه به پاسخهای پزشکی و معاینه و آزمایشهای انجام شده از بیمه شده صدور بیمه نامه از نظر پزشکی :
 ۱- تأیید می گردد ۲- یا در نظر گرفتن درصد احتمال افزایش فوت تأیید می گردد
 ۳- به صلاح بیمه گر نمی باشد ۴- سایر موارد

مهر و امضای پزشک معتمد

تاریخ

نظر نهایی کارشناس صدور بیمه نامه :

پوشش بیمه ای نامبرده با توجه به مندرجات پیشنهاد و ضوابط و مقررات بیمه :

بلامانع می باشد با در نظر گرفتن درصد افزایش احتمال فوت بلا مانع می باشد به صلاح نمی باشد

نام و امضای کارشناس صدور

تاریخ