



# فرا بیمه ما

## پیشنهاد بیمه زندگی و مستمري (فرا بیمه)



متقاضی گرامی، خواهشمند است پاسخ کلیه سؤالات 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 ویا 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، 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: ..... شماره شبای: ..... I R ..... نزد بانک: .....

(حداقل ۱۸ حداکثر ۶۷ سال)

مشخصات بیمه گذار

نسبت بیمه شونده با متقاضی: خودم ☐ بله ☐ سایر: ..... نام، 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: .....

| مبلغ تسهیلات : ..... ریال (تا سقف ۲,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال)       |  |  |  | مبلغ پیش پرداخت ۵٪ تسهیلات (الزامی): ..... ریال |              |               |                          |
|-------------------------------------------------------------|--|--|--|-------------------------------------------------|--------------|---------------|--------------------------|
| نوع پوشش                                                    |  |  |  | طرح ۱ □                                         | طرح ۲ □      | طرح ۳ □       | مدت بیمه نامه: ..... سال |
| سرمایه فوت ( تا سقف ۲۰,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال)                    |  |  |  | ۳ برابر وام                                     | ۴برابر وام   | ۵ برابر وام   | سرمایه فوت: ..... ریال   |
| پوشش فوت بیمه شده در اثر حادثه (تا سقف ۲۰,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال) |  |  |  | ۱۵ برابر وام                                    | ۲۰ برابر وام | ۲۵برابر وام   | سن پوشش (۴ تا ۷۵ سالگی)  |
|                                                             |  |  |  | ۶ برابر وام                                     | ۸ برابر وام  | ۱۰ برابر وام  |                          |
|                                                             |  |  |  | ۱۲۰٪ وام                                        | ۱۶۰٪ وام     | ۲۰۰٪ وام      |                          |
| پوشش هزینه پزشکی ناشی از حادثه (تا سقف ۲,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال ) |  |  |  | ۱/۵ برابر وام                                   | ۲برابر وام   | ۲/۵ برابر وام | سن پوشش (۱ تا ۶۰ سالگی)  |
| پوشش بیماریهای خاص (تا سقف ۵,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال )             |  |  |  | ۱/۵ برابر وام                                   | ۲برابر وام   | ۲/۵ برا وام   |                          |
| پوشش معافیت ناشی از «ازکارافتادگی به هر علت»                |  |  |  | بلی                                             |              |               | سن پوشش (۱۸ تا ۶۰ سالگی) |
| پوشش مستمری ناشی از معافیت                                  |  |  |  | سه برابر آخرین حق بیمه سالانه                   |              |               |                          |

مشخصات بیمه شونده

توجه: تعدیل در ارائه پوشش ها با توجه به شرایط سن و سرمایه بیمه شده صورت می گیرد. خطرات ذیل از استثنائات پوشش تکمیلی حادثه می باشد که در صورت پرداخت حق بیمه اضافی و موافقت بیمه گر قابل ارائه می باشد. زلزله ☐ هدایت موتورسیکلت ☐ ورزش های حرفه ای ☐ رشته ورزشی: ..... مدت تمرین: ..... در هفته

| نام، نام خانوادگی استفاده کنندگان                                                                            | نام پدر | تاریخ تولد | شماره ملی | نسبت با بیمه شده | درصد سهم | اولویت |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|------------|-----------|------------------|----------|--------|
| ۱                                                                                                            |         | / /        |           |                  |          |        |
| ۲                                                                                                            |         | / /        |           |                  |          |        |
| ۳                                                                                                            |         | / /        |           |                  |          |        |
| ۴                                                                                                            |         | / /        |           |                  |          |        |
| در صورت حیات <input type="checkbox"/> بیمه گذار: <input type="checkbox"/> بیمه شده: <input type="checkbox"/> |         |            |           |                  |          |        |

استفاده کنندگان

در صورت یکسان نبودن بیمه گذار و بیمه شده تکمیل گردد: در صورت فوت بیمه گذار، آقا/ خانم: ..... با کد ملی: ..... نسبت با بیمه شده: ..... بعنوان بیمه گذار (جانشین) معرفی می گردد. حداقل امکان جهت رعایت حقوق ذینفع / ذینفعان اصلی از درج وراثت قانونی خودداری فرمایید.

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.

بیمه گذار محترم لطفا به سوالات

پزشکی ذیل پاسخ دهید :

|                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| نام، نام خانوادگی بیمه گذار : ..... شماره ملی : .....                                                                                                                                                                                              | ۱ وزن بیمه گذار : ..... کیلو گرم ..... قد بیمه گذار : ..... سانتی متر                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| ۲ آیا مشمول معافیت پزشکی در خدمت نظام وظیفه شده اید؟ خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> علت را توضیح دهید : .....                                                                                                           | ۳ به هیچ بیماری مبتلا نیستم <input type="checkbox"/> در صورت ابتلا به هر یک از این بیماریها با قید علامت مشخص فرمائید: دستگاه تنفسی <input type="checkbox"/> قلب و عروق <input type="checkbox"/> بیماری خونی <input type="checkbox"/> گوش و حلق و بینی <input type="checkbox"/> اعصاب و روان <input type="checkbox"/> داخلی <input type="checkbox"/> گوارش <input type="checkbox"/> کلیه و مجاری ادرار <input type="checkbox"/> چشم <input type="checkbox"/> بیماری پوستی <input type="checkbox"/> استخوانی <input type="checkbox"/> غدد داخلی <input type="checkbox"/> سابقه بیماری عفونی <input type="checkbox"/> در صورت ابتلا به هر نوع بیماری دیگر به غیر از موارد بالا تاریخ و نام بیماری و داروهای مصرفی را اعلام فرمایید ..... |
| ۴ آیا از بستگان شما ( پدر- مادر- خواهر- برادر- همسر- فرزندان) سابقه بیماریهای فوق الذکر یا بیماری های واگیردار داشته اند ؟ خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> در صورت مثبت بودن پاسخ، نسبت با بیمه شده و نوع بیماری : ..... | ۵ آیا تا به حال در بیمارستان و یا مراکز درمانی بستری شده اید؟ خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> در صورت مثبت بودن پاسخ، علت را اعلام فرمایید: .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| ۶ آیا نقص عضو ( کلی - جزئی) و یا از کار افتادگی دارید؟ خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> در صورت مثبت بودن پاسخ، نوع نقص عضو و از کار افتادگی و علت آن را اعلام فرمایید: .....                                             | ۷ آیا تا بحال تحت عمل جراحی قرار گرفته اید ؟ خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> در صورت مثبت بودن تاریخ و نوع عمل جراحی و نتیجه آن را ذکر فرموده و پرونده بستری حسب مورد شرح عمل و گزارش پاتولوژی پیوست گردد. ....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| ۸ آیا در ۶ ماهه گذشته کاهش / افزایش وزن شدید داشته اید ؟ خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> در صورت مثبت بودن پاسخ میزان و علت کاهش/ افزایش را ذکر فرمائید : .....                                                          | ۹ آیا از بستگان شما ( پدر - مادر - خواهر - برادر - همسر - فرزندان ) زیر ۶۵ سال بعلت بیماری فوت شده اند ؟ خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> در صورت مثبت بودن پاسخ ، علت فوت و سن فوت قید گردد. ....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| ۱۰ آیا سیگار/ پپ /قلیان سایر مواد دخانی مصرف میکنید ؟ خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> در صورت مثبت بودن نوع و میزان مصرف قید گردد .....                                                                                  | ۱۱ آیا از هریک از انواع مواد مخدر مصرف دارید؟ خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> در صورت مثبت بودن نوع و میزان مصرف قیدگردد .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| ۱۲ (در صورتی که بیمه شده خاتم باشد) آیا باردار هستید؟ خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> در صورت مثبت بودن ماه چندم بارداری می باشید: .....                                                                                 | ۱۳ لطفا نام بیمه گر پایه را اعلام فرمایید : .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

بیمه شده محترم لطفا به سوالات

پزشکی ذیل پاسخ دهید :

|                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| نام، نام خانوادگی بیمه شده : ..... شماره ملی : .....                                                                                                                                                                                               | ۱ وزن بیمه شونده : ..... کیلو گرم ..... قد بیمه شونده : ..... سانتی متر                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| ۲ آیا مشمول معافیت پزشکی در خدمت نظام وظیفه شده اید؟ خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> علت را توضیح دهید : .....                                                                                                           | ۳ به هیچ بیماری مبتلا نیستم <input type="checkbox"/> در صورت ابتلا به هر یک از این بیماریها با قید علامت مشخص فرمائید: دستگاه تنفسی <input type="checkbox"/> قلب و عروق <input type="checkbox"/> بیماری خونی <input type="checkbox"/> گوش و حلق و بینی <input type="checkbox"/> اعصاب و روان <input type="checkbox"/> داخلی <input type="checkbox"/> گوارش <input type="checkbox"/> کلیه و مجاری ادرار <input type="checkbox"/> چشم <input type="checkbox"/> بیماری پوستی <input type="checkbox"/> استخوانی <input type="checkbox"/> غدد داخلی <input type="checkbox"/> سابقه بیماری عفونی <input type="checkbox"/> در صورت ابتلا به هر نوع بیماری دیگر به غیر از موارد بالا تاریخ و نام بیماری و داروهای مصرفی را اعلام فرمایید ..... |
| ۴ آیا از بستگان شما ( پدر- مادر- خواهر- برادر- همسر- فرزندان) سابقه بیماریهای فوق الذکر یا بیماری های واگیردار داشته اند ؟ خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> در صورت مثبت بودن پاسخ، نسبت با بیمه شده و نوع بیماری : ..... | ۵ آیا تا به حال در بیمارستان و یا مراکز درمانی بستری شده اید؟ خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> در صورت مثبت بودن پاسخ، علت را اعلام فرمایید: .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| ۶ آیا نقص عضو ( کلی - جزئی) و یا از کار افتادگی دارید؟ خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> در صورت مثبت بودن پاسخ، نوع نقص عضو و از کار افتادگی و علت آن را اعلام فرمایید: .....                                             | ۷ آیا تا بحال تحت عمل جراحی قرار گرفته اید ؟ خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> در صورت مثبت بودن تاریخ و نوع عمل جراحی و نتیجه آن را ذکر فرموده و پرونده بستری حسب مورد شرح عمل و گزارش پاتولوژی پیوست گردد. ....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| ۸ آیا در ۶ ماهه گذشته کاهش / افزایش وزن شدید داشته اید ؟ خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> در صورت مثبت بودن پاسخ میزان و علت کاهش/ افزایش را ذکر فرمائید : .....                                                          | ۹ آیا از بستگان شما ( پدر - مادر - خواهر - برادر - همسر - فرزندان ) زیر ۶۵ سال بعلت بیماری فوت شده اند ؟ خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> در صورت مثبت بودن پاسخ ، علت فوت و سن فوت قید گردد. ....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| ۱۰ آیا سیگار/ پپ /قلیان سایر مواد دخانی مصرف میکنید ؟ خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> در صورت مثبت بودن نوع و میزان مصرف قید گردد .....                                                                                  | ۱۱ آیا از هریک از انواع مواد مخدر مصرف دارید؟ خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> در صورت مثبت بودن نوع و میزان مصرف قیدگردد .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| ۱۲ (در صورتی که بیمه شده خاتم باشد) آیا باردار هستید؟ خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> در صورت مثبت بودن ماه چندم بارداری می باشید: .....                                                                                 | ۱۳ لطفا نام بیمه گر پایه را اعلام فرمایید : .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

قبل از امضاء نکات ذیل را حتما مطالعه فرمائید :

تذکر ۱: هرگاه معلوم گردد که فرم پیشنهاد توسط بیمه گذار و بیمه شده یا ولی / قیم وی امضاء نشده است ، بیمه نامه باطل است .

تذکر ۲: بیمه گذار (وام گیرنده )موظف می باشد در سررسید قسط ، اقساط را به شماره حساب تسهیلات خود نزد بانک ملت واریز نمایند. تاخیر در بازپرداخت اقساط ذخیره ریاضی را به صورت منفی تحت تاثیر قرار می دهد.

تذکر ۳: در صورت عدم واریز اولین قسط تسهیلات در سررسید پس از گذشت پانزده روز (مهلت پرداخت ) ، بیمه نامه از تاریخ شروع ابطال و از درجه اعتبار ساقط می گردد.

تذکر ۴: در صورت فسخ بیمه نامه مبلغ پیش پرداخت اخذ شده عودت نمی گردد.

تذکر ۵: بیمه گذار محترم حق بیمه، بیمه نامه عمر مانده بدهکار مبتنی بر وام بانکی جنابعالی از محل اندوخته بیمه نامه برداشت و تسویه می گردد.

اینجانب /اینجانبان بعنوان متقاضی ( بیمه گذار ) و بیمه شونده کلیه مفاد و شرایط عمومی بیمه نامه را مطالعه نموده به کلیه سوالات با صداقت پاسخ داده و اطلاع داریم که هرگونه اظهارخلاف واقع به موجب قانون باعث ابطال و یا فسخ قرارداد شده و ضمن اطلاع کامل از حدود تعهدات خود و بیمه گر و نیز ارزش بازخرید بیمه نامه ، تقاضای صدور آن را داریم.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| نام ، نام خانوادگی بیمه گذار : .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | نام ، نام خانوادگی بیمه شونده: .....   |
| تاریخ ، امضاء :                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | تاریخ ، امضاء :                        |
| اینجانب /اینجانبان شخصا متقاضی بیمه نامه و همچنین بیمه شونده را ملاقات نموده ضمن احراز هویت و ارائه اطلاعات کافی و دقیق درباره شرایط بیمه نامه و میزان تعهدات و ارزش بازخرید آن، صحت امضاء متقاضی بیمه نامه و همچنین بیمه شونده را تایید و تعهد مینمایم در طی مدت بیمه نامه کلیه خدمات مورد نیاز را ارائه نموده و اطلاع دارم که هرگونه حقوق اینجانب در این بیمه نامه منوط به رضایت مشتری می باشد . | نام ، نام خانوادگی سرپرست فروش : ..... |
| نام ، نام خانوادگی معرف : .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | نام ، نام خانوادگی سرپرست فروش : ..... |
| تاریخ ، امضاء :                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | تاریخ ، امضاء ، مهر :                  |
| با توجه به اطلاعات پرسشنامه ، صدور بیمه نامه با لحاظ اضافه نرخ ناشی از : ۱- قد و وزن: ..... ۲- استفاده از سیگار: ..... ۳- سوابق خانوادگی بند ۹: .....                                                                                                                                                                                                                                              | نام ، نام خانوادگی سرپرست فروش : ..... |
| ۴- سوابق پزشکی : ..... و یا مجموع کل اضافه نرخ: ..... <input type="checkbox"/> بلامانع است / <input type="checkbox"/> منع مقرراتی دارد: ..... توضیح کارشناس : .....                                                                                                                                                                                                                                | نام ، نام خانوادگی سرپرست فروش : ..... |
| تهران- میدان ونک - خیابان ونک - پلاک ۹                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | کدپستی : ۱۹۹۴۳۵۳۸۱                     |
| تلفن : ۸۶۹۰                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | www.bimehma.ir                         |

متقاضی و بیمه شونده

معرف/ سرپرست فروش

نظریه نهایی مسئول صدور