



پیشنهاد بیمه عمر مانده بدهکار

<b>مشخصات بیمه‌گذار</b>	نام و نام خانوادگی / نام شرکت: کد اقتصادی (اشخاص حقوقی): شغل (با شرح): جنسیت: مرد / زن تلفن ثابت: آدرس محل سکونت: کد پستی: آدرس محل کار:	نام پدر: محل تولد: محل صدور: تاریخ تولد: شماره ثبت (اشخاص حقوقی): وضعیت نظام وظیفه: وضعیت تاهل: مجرد / متاهل / متاهل تلفن همراه:	محل صدور: تاریخ تولد: شماره شناسنامه: شماره ملی: وضعیت نظام وظیفه: تابعیت / وضعیت اقامت: آخرین مدرک تحصیلی: تلفن همراه:																								
<b>مشخصات بیمه‌شده</b>	نام و نام خانوادگی: شماره ملی: تابعیت / وضعیت اقامت: جنسیت: مرد / زن آدرس محل سکونت: کد پستی: آدرس محل کار:	نام پدر: محل تولد: محل صدور: تاریخ تولد: نسبت با بیمه‌گذار: ملیت: وضعیت تاهل: مجرد / متاهل / متاهل تلفن ثابت: تلفن همراه:	تاریخ تولد: شماره شناسنامه: وضعیت نظام وظیفه: آخرین مدرک تحصیلی: تلفن همراه:																								
<b>مشخصات بیمه</b>	نحوه پرداخت حق بیمه: یکجا مدت بیمه‌نامه: ..... ( ۱ تا ۲۰ سال _ بر اساس مدت باز خرید وام ) سرمایه درخواست شده در صورت فوت (به عدد): ..... ریال به حروف: ..... ریال (بر اساس مانده اصل وام تا سقف ۵,۰۰۰,۰۰۰ ریال)																										
<b>پوشش تکمیلی</b>	سرمایه از کارافتادگی و نقص عضو جزئی و کلی ناشی از حادثه (معادل مانده اصل وام): <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر																										
<b>گواهی وام</b>	این بانک / موسسه اعتباری به شماره ثبت ..... و کد اقتصادی ..... وام با مشخصات ذیل را در تاریخ ..... به آقای / خانم ..... به شماره شناسنامه: ..... و شماره ملی ..... اعطاء شده / خواهد شد . مبلغ وام: ..... ریال مدت باز پرداخت: ..... سال و ..... ماه مبلغ هر قسط: ..... نرخ بهره وام: ..... درصد این گواهی جهت صدور بیمه نامه عمر مانده بدهکار با سرمایه نزولی یکنواخت به نفع این موسسه جهت تضمین بازپرداخت مانده بدهی وام گیرنده (در صورت فوت وی) صادر گردیده است . تاریخ: ..... مهر و امضاء بانک / موسسه اعتباری:																										
<b>استفاده کنندگان</b>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>ردیف</th> <th>نام و نام خانوادگی</th> <th>شماره ملی</th> <th>تاریخ تولد</th> <th>نام پدر</th> <th>نسبت با بیمه‌شده</th> <th>درصد سهم</th> <th>اولویت</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>۱</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>۲</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره ملی	تاریخ تولد	نام پدر	نسبت با بیمه‌شده	درصد سهم	اولویت	۱								۲							
ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره ملی	تاریخ تولد	نام پدر	نسبت با بیمه‌شده	درصد سهم	اولویت																				
۱																											
۲																											
<b>استفاده کنندگان</b>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>ردیف</th> <th>نام بانک</th> <th>شماره ثبت</th> <th>کد اقتصادی</th> <th>نام شعبه</th> <th>کد شعبه</th> <th>درصد سهم</th> <th>اولویت</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>۱</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>۲</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			ردیف	نام بانک	شماره ثبت	کد اقتصادی	نام شعبه	کد شعبه	درصد سهم	اولویت	۱								۲							
ردیف	نام بانک	شماره ثبت	کد اقتصادی	نام شعبه	کد شعبه	درصد سهم	اولویت																				
۱																											
۲																											

۱- چنانچه در حال حاضر در این شرکت یا شرکت دیگری بیمه زندگی برای شما صادر گردیده و یا در جریان صدور می‌باشد نوع بیمه، سرمایه فوت، تاریخ شروع، مدت قرارداد و تاریخ شروع بیمه نامه را ذکر نمایید.



وزن بیمه شده:		قد بیمه شده:
<b>سوالات عمومی</b>		
۱	آیا معافیت پزشکی خدمت وظیفه دارید؟ در صورت مثبت بودن پاسخ توضیح دهید.	بیمه شده: <input type="radio"/> بلی <input type="radio"/> خیر
۲	آیا دچار نقص عضو یا از کار افتادگی می‌باشید؟ در صورت مثبت بودن پاسخ توضیح دهید.	بیمه شده: <input type="radio"/> بلی <input type="radio"/> خیر
۳	آیا از موتور سیکلت به طور مداوم استفاده می‌نمایید؟	بیمه شده: <input type="radio"/> بلی <input type="radio"/> خیر
۴	آیا دارای سابقه بیماری‌های قلبی، دستگاه گردش خون (مانند سکت قلبی یا مغزی)، اعصاب و روان (مانند صرع یا افسردگی)، دستگاه تنفس، دستگاه گوارش، دستگاه ادراری _ تناسلی، مفاصل و استخوانها، غدد داخلی (مانند دیابت)، انواع سرطان و بیماری‌های خود ایمنی و یا هر نوع بیماری مزمن دیگر می‌باشید؟ در صورت مثبت بودن پاسخ لطفاً تاریخ ابتلاء و شروع بیماری را به همراه نام و میزان داروی مصرفی ذکر فرمایید.	بیمه شده: <input type="radio"/> بلی <input type="radio"/> خیر
۵	آیا در بین افراد درجه یک خانواده شما فردی به بیماری خاصی مبتلا است؟ در صورت مثبت بودن پاسخ نام بیماری را ذکر فرمایید.	بیمه شده: <input type="radio"/> بلی <input type="radio"/> خیر
۶	آیا در حال حاضر تحت نظر یا درمان پزشک می‌باشید؟ در صورت مثبت بودن پاسخ لطفاً علت، نام و میزان داروی مصرفی را ذکر فرمایید.	بیمه شده: <input type="radio"/> بلی <input type="radio"/> خیر
۷	آیا تا به حال عمل جراحی انجام داده‌اید؟ در صورت مثبت بودن پاسخ توضیح دهید.	بیمه شده: <input type="radio"/> بلی <input type="radio"/> خیر

اینجانبان (بیمه‌گذار و بیمه شده) با اطلاع کامل از شرایط و مقررات بیمه زندگی خاورمیانه، این فرم را به صورت دقیق مطالعه نموده و اعلام می‌نمایم، کلیه پاسخ‌های داده شده کاملاً صحیح می‌باشد و از هرگونه اظهار نظر خلاف واقع خودداری نموده‌ام و اطلاع دارم که در صورت اظهارات خلاف واقع درباره وضع سلامتی خود، به موجب ماده ۱۲ قانون بیمه باعث ابطال و سلب مزایای بیمه‌نامه خواهد شد. شرکت بیمه خاورمیانه مجاز است در هر زمان که لازم بداند به پزشک یا پزشکان معالج اینجانب برای کسب اطلاعات مورد نظر رجوع نموده و هر گونه تحقیق را در مورد سوابق پزشکی اینجانب به عمل آورد. در ضمن اینجانب (بیمه‌شده) متعهد می‌گردم که همکاری لازم را با شرکت در جهت انجام معاینات و آزمایشات لازم، به عمل آورم.

اینجانب کارگزار/ نماینده شخصاً بیمه‌گذار و بیمه‌شده بیمه‌نامه را ملاقات نموده ضمن احراز هویت و ارائه اطلاعات کامل و دقیق در خصوص شرایط بیمه‌نامه و میزان تعهدات و ارزش بازخرد آن، صحت امضای ایشان را تایید می‌نمایم.

نام و امضاء بیمه‌گذار: نام و امضاء بیمه‌شده: نام و امضاء نماینده / کارگزار: نام و امضاء مدیر ارشد / مدیر فروش:  
تاریخ: تاریخ: تاریخ: تاریخ:

" در صورتیکه در هر زمان و به هر صورت عدم انتساب امضاهای فوق به بیمه‌شده و یا بیمه‌گذار اثبات گردد، بیمه‌نامه فاقد اعتبار بوده و شرکت تعهدی نسبت به پرداخت خسارت نخواهد داشت."

**"کادر ذیل توسط کارشناسان بیمه تکمیل می‌گردد"**

ارزیابی پزشکی	نظر پزشک معتمد
*با توجه به سن و سرمایه درخواستی و بررسی فرم پیشنهاد، فرد نیاز به انجام چکاپ: <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد	نظر نهایی پزشک معتمد: <input type="checkbox"/> رد پیشنهاد <input type="checkbox"/> قبول پیشنهاد
*با توجه به بررسی فرم پیشنهاد فوق، فرد نیاز به انجام چکاپ تکمیلی: <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد	قابل قبول با اعمال اضافه نرخ <input type="checkbox"/> علت رد پیشنهاد یا اضافه نرخ اعمالی:
امضاء ارزیاب ریسک:	امضاء پزشک معتمد: