

فرم پیشنهاد بیمه تحصیل فرزندان

- این برگه قبل از تائید شرکت بیمه ملت و صدور بیمه نامه هیچگونه تعهدی را برای شرکت بیمه ملت ایجاد نمی کند.
- بیمه گزار/ بیمه شده موظف است به هر یک از سوالات این فرم پیشنهاد با رعایت اصل حد اعلاای حسن نیت پاسخ دهد. چنانچه بیمه گزار/ بیمه شده عمداً یا سهواً از اظهار نظر واقعی خودداری نماید، بیمه گر نسبت به پرداخت غرامت یا خسارت تعهدی نخواهد داشت.
- در بیمه تحصیل فرزندان، بیمه گزار حقیقی همان بیمه شده می باشد.

تذکره

مشخصات بیمه گزار

نام شرکت: شماره ثبت: تاریخ ثبت: / /

نوع ثبت: دولتی خصوصی

آدرس:

کد پستی: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] شماره تلفن: دورنگار:

معلومات

مشخصات بیمه شده

(حداقل سن بیمه شده ۱۸ سال تمام می باشد.)

نام: نام خانوادگی: نام پدر:

کد ملی: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] شماره شناسنامه: محل صدور: محل تولد:

تاریخ تولد: روز ماه سال ۱۳ جنسیت: مرد زن وضعیت تاهل: متاهل مجرد سطح تحصیلات:

وضعیت خدمت سربازی: انجام شده انجام نشده معافیت غیر پزشکی معافیت پزشکی علت معافیت: ماده: بند: سال:

نشانی محل سکونت: استان شهر نشانی:

شغل: تاریخ شروع به کار: شماره همراه: ۰۹ پست الکترونیک: @

تلفن منزل (با ذکر کد شهر): کدپستی منزل: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] تلفن محل کار (با ذکر کد شهر):

نشانی محل کار: استان شهر نشانی:

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

مشخصات استفاده کنندگان از سرمایه بیمه نامه

ردیف	نام	نام خانوادگی	شماره شناسنامه	کد ملی	نام پدر	تاریخ تولد	نسبت با بیمه شده	درصد استفاده از سرمایه تحصیل	ذینفع سرمایه تضمینی (ارجحاری)
۱							نسبت با بیمه شده	۱۰۰٪	ذینفع سرمایه تضمینی (ارجحاری)
۲									ذینفع سرمایه فوت
۳									
۴									

- 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.

تذکره

سوابق بیمه ای

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

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

مشخصات بیمه تحصیل فرزندان

سن ذینفع (حداکثر ۱۲ سال):

مبلغ سرمایه فوت: برابر حق بیمه سالیانه (۲۵،۲۰،۱۵،۱۰،۵،۲)

روش پرداخت حق بیمه: ماهانه دو ماهه سه ماهه شش ماهه سالیانه

حق بیمه (به حروف) ریال به عدد ریال

افزایش سالیانه سرمایه فوت: درصد (نرخ تعدیل سرمایه فوت در سال بین ۰ تا ۲۰ درصد است.)

افزایش سالیانه حق بیمه: درصد (نرخ تعدیل حق بیمه در سال بین ۰ تا ۲۰ درصد است.)

پوشش های تکمیلی

۱) سرمایه بیمه تکمیلی فوت بر اثر حادثه: عدم درخواست برابر سرمایه فوت ۲ برابر سرمایه فوت ۳ برابر سرمایه فوت

۲) آیا پوشش معافیت از پرداخت حق بیمه به علت از کارافتادگی دائم و کامل و فوت را نیز می خواهید؟ بلی خیر

۳) آیا پوشش امراض خاص (سکته قلبی، سکته مغزی، جراحی عروق (کرونی)، سرطان و پیوند اعضای بدن) را نیز می خواهید؟ بلی خیر

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:

- 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 الککل حشیش کراک تریاک و مشتقات آن داروهای شبه مخدر و مخدر مانند ترامادول و مورفین

فرم پیشنهاد بیمه تحصیل فرزندان

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: هرگونه 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 اشتها برگشت غذا به دهان استفراغ خونی عدم هضم غذا

تغییرات اجابت غذا خونریزی از مدفوع دردهای مبهم شکم عدم تحمل به غذای خاص یرقان یا زردی مشکلات کبدی صفراوی هیپاتیت 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 یا 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

۱۵. در صورت داشتن بیماری دیگری لطفاً ذکر فرمایید:

۱۶. در صورت مصرف هر نوع دارو لطفاً ذکر فرمایید:

فرم پیشنهاد بیمه تحصیل فرزندان

اینجانبان (بیمه گزار و بیمه شده) امضاکنندگان زیر اعلام می‌داریم که تمام پاسخهایی که در این پرسشنامه داده ایم کاملاً درست بوده و مطلعیم هر گونه اظهار خلاف و خودداری از واقع گویی درباره وضع مزاجی و سلامتی بیمه شده، 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.

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

بیمه گزار گرامی:

لطفاً موارد زیر 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 (صدور بیمه نامه، سررسید اقساط، نرخ سود مشارکت در منافع) می باشد. لذا از صحت آن اطمینان حاصل کرده و در صورت تغییر در آینده مراتب را به نماینده اطلاع رسانی کرده و درخواست الحاقیه نمایید.
- نرخ سود بیمه نامه: نرخ سود فنی برای بیمه نامه ها، ۱۶ درصد برای دو سال اول، ۱۳ درصد برای دو سال دوم و ۱۰ درصد برای مدت مازاد بر ۴ سال می باشد.
- سود مشارکت در منافع: در پایان هر سال مالی حداقل ۸۵ درصد منافع مازاد بر نرخ سود فنی علی الحساب حاصل از سرمایه گذاری ذخایر ریاضی، مستقیماً به اندوخته ریاضی بیمه نامه اضافه خواهد شد و شرکت بیمه در پایان هر سال میزان آن را به بیمه گزار اعلام خواهد نمود.
- بازخرید: در شش ماه اول از تاریخ شروع بیمه نامه امکان باز خرید بیمه نامه وجود ندارد ولی با توجه به اینکه بیشترین هزینه ها در سال های اول بیمه نامه محاسبه می گردد، در صورت بازخرید بیمه نامه در سال های اول، ارزش بازخریدی بیمه نامه کمتر از مجموع حق بیمه پرداختی توسط بیمه گزار خواهد بود.
- عودت بیمه نامه: فرصت عودت بیمه نامه تا سی روز پس از تاریخ شروع بیمه نامه وجود دارد. در این بازه زمانی در صورت پشیمان شدن بیمه گزار از خرید بیمه نامه، کل حق بیمه پرداختی پس از کسر هزینه پزشکی به حساب بیمه گزار واریز می گردد.
- تأخیر در پرداخت حق بیمه: هرگاه بیمه گزار از پرداخت هر قسط حق بیمه خودداری نماید، حق بیمه خطر فوت، پوشش های بیمه ای و هزینه های بیمه گری از محل ذخیره ریاضی بیمه نامه تأمین می شود و پس از آن که ذخیره ریاضی بیمه نامه صفر گردد بیمه نامه معلق می شود. بیمه گزار در صورت موافقت بیمه گر می تواند با پرداخت حق بیمه مقرر، بیمه نامه را مجدداً برقرار نماید.
- جریمه و پاداش: در صورت تأخیر در پرداخت حق بیمه در سر رسید مقرر، مبلغ جریمه از ذخیره ریاضی بیمه نامه کسر می گردد. همچنین در صورت واریز حق بیمه زودتر از موعد مقرر، مبلغ پاداش به ذخیره ریاضی اضافه می گردد.
- بیمه نامه و جدول ضمائم: اصل بیمه نامه همراه با ضمائم پیوست شامل جدول تعهدات بیمه گر که میزان سرمایه بیمه نامه در هر سال مالی را نشان می دهد، دفترچه شرایط عمومی و خصوصی، گزارش اقساط بیمه نامه و یک نسخه از فرم پیشنهاد امضا شده تحویل شما می گردد.
- هزینه آزمایشات پزشکی: در صورتی که بنا بر تشخیص پزشک معتمد شرکت، نیاز به انجام آزمایشات پزشکی داشته باشید، 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.

نام و امضای بیمه گزار تاریخ	مهر و امضای نماینده / کارگزار تاریخ
--------------------------------	--