



پیشنهاد بیمه عمر زمانی انفرادی
(با سرمایه سعودی)



بیمه کارآفرین
شرکت سهامی عام

بیمه گذار

نام و نام خانوادگی بیمه گذار: شغل: میزان درآمد ماهانه: ریال
شماره شناسنامه: محل صدور: تاریخ تولد: نام پدر: کد ملی:
نشانی: کد پستی: تلفن:
سرمایه بیمه اولیه (به عدد): ریال (به حروف): ریال
ضریب افزایش سنواتی سرمایه اولیه: درصد
مدت بیمه: سال ترتیب پرداخت حق بیمه: یکجا سالانه ثابت سالانه سعودی
آیا مایل به اخذ پوشش تکمیلی بیمه حوادث (فوت ناشی از حادثه) می باشید؟ بله خیر
در صورت پاسخ مثبت با چه سرمایه‌ای؟ ریال
توضیح: سرمایه تکمیلی فوت بر اثر حادثه همانند سرمایه اولیه بیمه عمر مشمول افزایش سنواتی می باشد.

بیمه شده

نام و نام خانوادگی بیمه شده: کد ملی:
شماره شناسنامه: محل صدور: تاریخ تولد: نام پدر:
مشاغل اصلی و فرعی شما (بیمه شده) چیست؟ مشروحا مرقوم فرمایید:
.....
وضعیت تاهل: متاهل: مجرد:

سوالاتی که بیمه شده موظف است به آن پاسخ صحیح بدهد

۱- آیا در حال حاضر بیمه عمر یا حوادث در جریان دارید؟
بله خیر
در صورت مثبت بودن پاسخ نزد کدام شرکت بیمه و به چه مبلغ؟
شرکت بیمه مبلغ ریال
۲- آیا خدمت زیر پرچم را انجام داده‌اید؟
بله خیر
در صورت معافیت علت آن را توضیح دهید:
.....
۳- قد و وزن شما چقدر است؟ سانتی متر وزن: کیلوگرم

۴- آیا در حال حاضر کاملاً سالم می‌باشید؟

بله خیر

در صورتی که پاسخ منفی است به چه بیماری و عوارضی مبتلا می‌باشید؟

.....

۵- آیا قوه بینایی شما طبیعی است؟

بله خیر

در صورتی که از عینک طبی استفاده می‌کنید شماره آن را مرقوم فرمایید.

.....

۶- آیا تا به حال عمل جراحی انجام داده‌اید؟

بله خیر

در صورت مثبت بودن پاسخ، نوع عمل، تاریخ عمل جراحی و مدت زمان آن را مرقوم فرمایید.

.....

۷- آیا تا به حال سابقه ابتلا به بیماری‌های قلب و عروق، عفونی، هورمونی، ریوی، سرگیجه، استخوان، گردش خون، یرقان، مقاربتی و دستگاه تناسلی و یا هر نوع بیماری داخلی دیگر، سرطان، بیماری‌های زنانه، سکته، آسم، نقرس، ترومبوز، غش، دیابت، هر نوع ناراحتی عصبی و شوک، عدم تعادل روانی و یا هر نوع بیماری مزمن دیگر داشته‌اید؟

بله خیر

در صورت مثبت بودن پاسخ هر یک از موارد بالا نوع بیماری، تاریخ و نام پزشک معالج را ذیلاً مرقوم فرمایید:

.....

۸- آیا دارای نقص عضو و از کار افتادگی می‌باشید؟

بله خیر

در صورت مثبت بودن پاسخ، کدام قسمت از بدن؟ دقیقاً، مشخص فرمایید و در صورت امکان میزان آن را ذکر نمایید.

.....

۹- آیا در بین افراد خانواده شما کسی به سل، بیماری‌های قلبی، بیماری قند، روحی و عصبی و صرع و یا بیماری‌های واگیردار مبتلا بوده است؟

بله خیر

در صورت مثبت بودن پاسخ کدامیک از افراد خانواده و کدام بیماری؟

.....

.....

