



باسمه تعالی

پیوست شماره ۳۹

راهنمای فرآیند تکمیل فرم پرسش نامه و پیشنهاد بیمه عمر و تأمین آتیه


این راهنما به منظور تسریع در صدور بیمه نامه های عمر و تأمین آتیه تهیه شده و لازم است در تکمیل و بررسی فرم های پرسش نامه و پیشنهاد توسط بیمه گزاران، نمایندگان و کاربران واحد های صدور بیمه نامه رعایت شود.

فرم پرسش نامه و پیشنهاد بیمه نامه عمر و تأمین آتیه می بایست خوانا و با یک رنگ خودکار و به دور از هر گونه خط خوردگی و لاک گرفتگی تکمیل و به واحد صدور شرکت بیمه پاسارگاد تحویل شود.

خط خوردگی در فرم پرسش نامه به معنای مخدوش و غیرقابل اقدام بودن از سوی واحد صدور بیمه پاسارگاد تلقی و در صورت وجود هر گونه خط خوردگی در قسمت ذینفعان فوت و حیات و هم چنین سوالات پزشکی، فرم پرسش نامه و پیشنهاد صرفاً با تایید کتبی مجدد بیمه گزار/بیمه شده قابل بررسی و دریافت می باشد.

تبصره: در صورت وجود خط خوردگی های متعدد در فرم پرسش نامه، آن فرم غیر قابل بررسی بوده و می بایست فرم جدید به طور صحیح و خوانا تکمیل و به واحد صدور ارائه گردد. ارائه مدارک شناسایی (کارت ملی/شناسنامه) بیمه گزار و بیمه شده همراه با فرم پرسش نامه و پیشنهاد عمر و تأمین آتیه به شعب و واحدهای صدور بیمه نامه در روند صدور بیمه نامه می تواند مثرم ثمر باشد. در صورتی که اطلاعات افراد از ثبت احوال استعلام نگردد و یا بیمه گزار/بیمه شده دارای سوابق اطلاعاتی قبلی که به صورت اشتباه در نرم افزارهای عمر و تأمین آتیه درج گردیده باشد، مشاهده مدارک شناسایی اشاره شده در امر صدور می تواند تسریع کننده قرار گیرد. در مواردی که بیمه گزار / بیمه شده دارای بیمه عمر قبلی فعال باشد اصلاح اطلاعاتی نظیر (نام ، نام خانوادگی ، تاریخ تولد ، کدملی ، شماره شناسنامه) از طریق ثبت صدور الحاقیه میسر و اگر دارای بیمه عمر غیر فعال باشد ، اصلاح اطلاعات از طریق دسترسی استعلام اشخاص حقیقی انجام می گیرد. در دسترسی اشاره شده ویرایش اطلاعاتی نظیر (آدرس و شماره همراه) از طریق همکاران شعبه و سایر موارد از طریق همکاران مدیریت بیمه های عمر و تأمین آتیه انجام می گیرد.

۱- مشخصات نمایندگان

| | | | |
|--|---|---|--|
|  بیمه پاسارگاد | شماره پیش نویس : د شماره بیمه نامه : | پرسش نامه و پیشنهاد بیمه نامه عمر و تأمین آتیه (همراه با پوشش های تکمیلی) | تاریخ : / / الف نام و کد نماینده : ب نام و کدملی یا کد نماینده فروش : ج |
| | پیشنهاد دهنده محترم : به کلیه پرسش های این پیشنهاد بدون خط خوردگی پاسخ داده و هیچ سوالی را بدون پاسخ نگذارید زیرا صحت و کامل بودن آنها شرط اصلی اعتبار بیمه نامه عمر و تأمین آتیه است که براساس این پیشنهاد صادر می شود. | | |

این قسمت از فرم پرسش نامه و پیشنهاد توسط نماینده تکمیل می شود :

الف) تاریخ : منظور از تاریخ روز تکمیل فرم پرسش نامه و پیشنهاد می باشد.

ب) نام و کد نماینده: در این قسمت باید کد و نام نماینده (عمومی / کارگزار / مدیر ارشد) درج شود.

ج) نام و کد نماینده فروش : در صورتی که فرم پرسش نامه و پیشنهاد از طریق نماینده فروش (آئین نامه ۹۶) ارائه شود، می بایست کد ، نام و کد ملی ایشان در قسمت مربوطه درج گردد.

د) شماره پیش نویس و شماره بیمه نامه: پس از ثبت اولیه فرم پرسش نامه و پیشنهاد و نهایی کردن پیش نویس در سیستم صدور بیمه عمر و تأمین آتیه ، این شماره ها می بایست توسط کارشناس صدور درج گردد. نمایندگان جنرال که اقدام به ثبت پیش نویس در سیستم صدور عمر و تأمین آتیه می نمایند می بایست شماره پیش نویس را در قسمت مربوطه درج نمایند.

۲- مشخصات بیمه گزار

| ۱- مشخصات بیمه گزار (حداقل سن بیمه گذار حقیقی ۱۸ سال تمام) : | |
|--|--|
| حقوقی ا نام : | شماره ثبت : |
| حقیقی ا نام : | نام خانوادگی : |
| تاریخ تولد : | روز <input type="text"/> ماه <input type="text"/> سال <input type="text"/> |
| جنسیت : | مرد <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/> وضعیت تاهل : مجرد <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/> |
| نشانی محل سکونت : | شماره شناسنامه : <input type="text"/> |
| نشانی محل کار : | نسبت با بیمه شده : <input type="checkbox"/> تعداد فرزندان : پسر دختر |
| تلفن ثابت : | تلفن همراه : <input type="text"/> |
| | کد ملی : <input type="text"/> |
| | محل تولد : <input type="text"/> |
| | محل صدور : <input type="text"/> |
| | تحصیلات : <input type="text"/> |
| | شغل اصلی و فرعی (لطفاً از عناوینی نظیر آزاد،کارگر،کارمندو نیز عنوان رشته تحصیلی خودداری نمایید) : <input type="text"/> |
| | درآمد ماهانه : <input type="text"/> |
| | ریال <input type="text"/> |
| | کد پستی : <input type="text"/> |
| | نشانی الکترونیکی : <input type="text"/> |

بیمه گزار شخص حقیقی یا حقوقی است که برای خود یا فرد دیگری که با او رابطه (سببی، نسبی، حقوقی) دارد بیمه نامه تهیه می نماید .

حداقل سن برای بیمه گزار حقیقی ۱۸ سال می باشد.

در صورتی که بیمه گزار شخص حقوقی (شرکت ، موسسه ، سازمان و ...) باشد دریافت کد اقتصادی یا شناسه ملی الزامی و باید در قسمت مربوطه درج شود .

بیمه گزار شخص حقیقی واجد شرایط فوق باید اطلاعات درخواستی را شخصاً در فرم درج و امضاء نماید و از تکمیل این قسمت توسط شخصی به غیر از بیمه گزار اکیدا خودداری شود.

۳- مشخصات بیمه شده

| ۲- مشخصات بیمه شده (حداکثر سن بیمه شده برای شروع بیمه نامه ۷۰ سال تمام) : | |
|---|--|
| نام : | نام خانوادگی : |
| تاریخ تولد : | روز <input type="text"/> ماه <input type="text"/> سال <input type="text"/> |
| جنسیت : | مرد <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/> وضعیت تاهل : مجرد <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/> |
| شغل اصلی و فرعی (لطفاً از عناوینی نظیر آزاد،کارگر،کارمندو نیز عنوان رشته تحصیلی خودداری نمایید) : | نسبت با بیمه گذار : <input type="checkbox"/> تعداد فرزندان : پسر دختر |
| قد : | سانتیمتر وزن : <input type="text"/> کیلوگرم |
| نشانی محل سکونت : | بابت شغل خود در ارتفاع کار می نمایم ؟ خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> |
| نشانی محل کار : | بابت شغل خود با برق فشار قوی کار می نمایم ؟ خیر <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> |
| تلفن ثابت : | تلفن همراه : <input type="text"/> |
| | کد ملی : <input type="text"/> |
| | محل تولد : <input type="text"/> |
| | محل صدور : <input type="text"/> |
| | تحصیلات : <input type="text"/> |
| | شغل اصلی و فرعی (لطفاً از عناوینی نظیر آزاد،کارگر،کارمندو نیز عنوان رشته تحصیلی خودداری نمایید) : <input type="text"/> |
| | درآمد ماهانه : <input type="text"/> |
| | ریال <input type="text"/> |
| | کد پستی : <input type="text"/> |
| | نشانی الکترونیکی : <input type="text"/> |

بیمه شده فردی است که با بیمه گزار رابطه (سببی،نسبی و یا حقوقی) دارد.

حداقل و حداکثر سن بیمه شده از روز تولد تا حداکثر ۷۰ سالگی می باشد.

در صورتی که سن بیمه شده ۱۸ سال و بالاتر باشد الزامی است این قسمت را شخصاً تکمیل و در انتهای فرم پرسش نامه و پیشنهاد در قسمت امضاء ، بیمه شده فرم مذکور را امضاء نماید

نکته: در صورتی که بیمه شده دارای مشاغل پرخطر موجود در نرم افزار و پوشش حادثه را انتخاب نموده باشد، مشمول دریافت اضافه نرخ می گردد.

۴- مشخصات بیمه نامه

| | |
|--|--|
| ۳- میزان حق بیمه و پوشش های اصلی و تکمیلی مورد درخواست بیمه گذار در دوره اول بیمه نامه (تشکیل سرمایه): | |
| حق بیمه یکجا(میزان آورده اولیه) : | ریال |
| توان مالی پرداخت ماهانه در سال اول : | ریال |
| مدت بیمه نامه در دوره تشکیل سرمایه : | سال |
| مقصد سرمایه گذاری اندوخته به انتخاب : <input type="checkbox"/> بیمه پاسارگاد <input type="checkbox"/> بیمه گذار (لطفاً فرم انتخاب سرمایه گذاری تکمیل شود). | |
| نحوه پرداخت اقساط حق بیمه : سالانه <input type="checkbox"/> شش ماهه <input type="checkbox"/> سه ماهه <input type="checkbox"/> ماهانه <input type="checkbox"/> به مبلغ : | ریال |
| مجموع مبلغ قسط اول و آورده اولیه | ریال |
| ضریب افزایش سالانه حق بیمه : ثابت <input type="checkbox"/> ۳٪ <input type="checkbox"/> ۵٪ <input type="checkbox"/> ۷٪ <input type="checkbox"/> ۱۰٪ <input type="checkbox"/> ۱۵٪ <input type="checkbox"/> ۲۰٪ <input type="checkbox"/> ۲۵٪ <input type="checkbox"/> ۳۰٪ <input type="checkbox"/> ۴۰٪ <input type="checkbox"/> ۵۰٪ | |
| ضریب تعیین سرمایه بیمه عمر : ۱۲۰ <input type="checkbox"/> ۱۵۰ <input type="checkbox"/> ۱۸۰ <input type="checkbox"/> ۲۱۰ <input type="checkbox"/> ۲۴۰ <input type="checkbox"/> ۲۷۰ <input type="checkbox"/> ۳۰۰ <input type="checkbox"/> ۳۳۰ <input type="checkbox"/> ۳۶۰ <input type="checkbox"/> | برابر حق بیمه ماهانه سال اول، حداکثر تا سقف سرمایه بیست میلیارد ریال |
| ضریب افزایش سالانه سرمایه بیمه عمر : ثابت <input type="checkbox"/> ۳٪ <input type="checkbox"/> ۵٪ <input type="checkbox"/> ۷٪ <input type="checkbox"/> ۱۰٪ <input type="checkbox"/> ۱۵٪ <input type="checkbox"/> ۲۰٪ <input type="checkbox"/> ۲۵٪ | |

۴-۱- میزان آورده اولیه: میزان آورده اولیه همراه با پرداخت حق بیمه حداقل ۵,۰۰۰,۰۰۰ ریال و حداکثر ۲۰,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال می باشد.

۴-۲- توان مالی پرداخت ماهانه در سال اول: حداقل پرداختی ماهانه مبلغ ۵۰۰,۰۰۰ ریال با نحوه پرداخت "اقساط سالانه" می باشد.

۴-۳- از ۵۰۰,۰۰۰ تا ۷۵۰,۰۰۰ ریال نحوه پرداخت اقساط سالانه و شش ماهه

۴-۴- از ۷۵۰,۰۰۰ تا ۹۹۹,۹۹۹ ریال نحوه پرداخت اقساط سالانه، شش ماهه و سه ماهه

۴-۵- از ۱,۰۰۰,۰۰۰ به بالا نحوه پرداخت اقساط سالانه، شش ماهه، سه ماهه، ماهانه

۴-۶- مدت بیمه: از ۵ تا ۳۰ سال می باشد.

۴-۷- پرداخت حق بیمه منظم: به یکی از روش های ماهانه، سه ماهه، شش ماهه، سالانه می باشد.

۴-۸- مجموع مبلغ قسط اول و آورده اولیه: جمع مبالغ حق بیمه قسط اول و آورده اولیه (در صورت دارا بودن).

۴-۹- نرخ سالانه افزایش حق بیمه: بیمه گزار می تواند مبلغ حق بیمه را سالانه بین ۳٪ تا ۵۰٪ افزایش داده و یا ثابت نگه دارد.

۴-۱۰- ضریب سرمایه عمر در صورت فوت: برای تعیین سرمایه بیمه عمر، بیمه گزار می بایست یکی از ضرایب (۱۲۰-۲۴۰-۲۷۰-۳۰۰-۳۳۰-۳۶۰-۲۱۰-۱۸۰-۱۵۰) را انتخاب نماید.

۴-۱۱- نرخ سالانه افزایش سرمایه عمر: بیمه گزار می تواند مبلغ سرمایه عمر خود را بین ۳٪ تا ۲۵٪ (با توجه به پیوست ۲۲ متمم ۴ در حال حاضر(سال ۱۴۰۲) و یا پیوست های بعدی آن) افزایش دهد و در صورت عدم تمایل به افزایش سالانه سرمایه عمر، ۰٪ (ثابت) را انتخاب نماید.

نکته: باید در نظر داشت که افزایش سالانه حق بیمه می بایست حداقل ۵٪ بیش از افزایش سالانه سرمایه عمر باشد.

۴-۱۲- سرمایه فوت: از حاصل ضرب حق بیمه ماهانه در ضریب سرمایه عمر بدست می آید.

سقف سرمایه فوت بیمه نامه (در حال حاضر) مبلغ ۲۰,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال می باشد.

توجه: میزان سرمایه عمر درخواستی بیمه گزار پس از بررسی فرم پرسش نامه و پیشنهاد عمر و تأمین آتیه توسط کارشناسان واحد صدور مورد تایید قرار خواهد گرفت.

۵- پوشش های تکمیلی

| پوشش های تکمیلی در دوره اول بیمه نامه (تشکیل سرمایه): | |
|---|---|
| از کارافتادگی کامل و دائم | معافیت از پرداخت حق بیمه به میزان: <input type="checkbox"/> ۱۰۰٪ <input type="checkbox"/> ۵۰٪ <input type="checkbox"/> ۲۵٪ <input type="checkbox"/> ۴۰٪ سرمایه بیمه عمر ، حداکثر تا مبلغ دو میلیارد ریال |
| حادثه | فوت: <input type="checkbox"/> ۱ <input type="checkbox"/> ۲ <input type="checkbox"/> ۳ برابر سرمایه بیمه عمر نقص عضو و از کارافتادگی: <input type="checkbox"/> ۱ <input type="checkbox"/> ۲ <input type="checkbox"/> ۳ برابر سرمایه بیمه عمر هزینه پزشکی: <input type="checkbox"/> ۱۰٪ <input type="checkbox"/> ۵٪ سرمایه فوت حادثه |
| بیماری های خاص | سرمایه بیماری های خاص به میزان: <input type="checkbox"/> ۵٪ <input type="checkbox"/> ۱۰٪ <input type="checkbox"/> ۱۵٪ <input type="checkbox"/> ۲۰٪ <input type="checkbox"/> ۳۰٪ سرمایه بیمه عمر ، حداکثر تا مبلغ سه میلیارد ریال |
| بیمه آتش سوزی منزل مسکونی | سرمایه بیمه آتش سوزی منزل مسکونی معادل: <input type="checkbox"/> ۵۰۰ <input type="checkbox"/> ۷۵۰ <input type="checkbox"/> ۱۰۰۰ <input type="checkbox"/> ۱۵۰۰ برابر حق بیمه ماهانه. نشانی محل مورد بیمه: (لطفاً آدرس منزل مسکونی مورد نظر را با ذکر شماره پلاک، شماره واحد و کدپستی قیدفرمائید. در صورت نداشتن شماره پلاک، درج کد پستی، شناسه قبض آب یا برق الزامی است) |
| | ضریب افزایش سالانه سرمایه بیمه آتش سوزی: <input type="checkbox"/> ثابت <input type="checkbox"/> ۵٪ <input type="checkbox"/> ۱۰٪ |

۵-۱- از کارافتادگی کامل و دائم:

الف) معافیت از پرداخت حق بیمه

این پوشش شامل ۲ قسمت می باشد

ب) پرداخت سرمایه از کارافتادگی

ارائه این پوشش به بیمه شدگان شاغل با حداقل و حداکثر سن ۱۵ و ۵۹ سال امکان پذیر است.

نکته: انتخاب پوشش پرداخت سرمایه از کارافتادگی منوط به انتخاب معافیت از پرداخت حق بیمه می باشد.

منشأ از کارافتادگی می تواند بر اثر حادثه یا بیماری باشد، اگر منشأ از کارافتادگی حادثه باشد مشمول دوره انتظار نبوده و با شروع بیمه نامه بیمه شده تحت پوشش می باشد چنانچه منشأ از کارافتادگی بیماری باشد دوره انتظار، یک سال پس از تاریخ شروع پوشش می باشد. در هر دو حالت بایستی ناتوانی کامل بیمه شده حداقل شش ماه بلا انقطاع ادامه یابد و از طرف پزشک معتمد بیمه پاسارگاد تایید شود.

الف) معافیت از پرداخت حق بیمه: در صورتی که بیمه شده از کارافتاده شود به میزان ۵۰٪ یا ۱۰۰٪ از پرداخت حق بیمه معاف می شود و در ادامه مدت بیمه نامه، شرکت بیمه پاسارگاد به میزان درصد معافیت انتخاب شده حق بیمه را از جانب بیمه گزار تأمین می نماید.

ب) پرداخت سرمایه از کارافتادگی: در صورتی که بیمه شده از کارافتاده شود و پوشش مذکور را دارا باشد می تواند به میزان (۱۰٪-۲۵٪-۴۰٪) سرمایه عمر تا سقف ۲,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال سرمایه از کارافتادگی را انتخاب نماید.

الف) فوت

۵-۲- حادثه:

ب) نقص عضو

این پوشش شامل ۴ قسمت می باشد

ج) هزینه پزشکی

د) خطرات اضافی بیمه حادثه

۱-۲-۵- میزان تعهدات پوشش حادثه برای بیمه شدگان ۳ تا ۱۲ سال به شرح ذیل می باشد:

۱-۱-۲-۵- پوشش فوت بر اثر حادثه تا دو برابر سرمایه فوت و حداکثر تا ۵,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال

۲-۱-۲-۵- پوشش نقص عضو بر اثر حادثه یک برابر و حداکثر تا سقف ۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال

۳-۱-۲-۵- پوشش هزینه های پزشکی بر اثر حادثه تا ۱۰٪ سرمایه حادثه و حداکثر تا ۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال

۲-۲-۵- میزان تعهدات حادثه برای بیمه شدگان ۱۲ سال به بالا به شرح ذیل می باشد:

۱-۲-۲-۵- فوت بر اثر حادثه به میزان ۱ تا ۳ برابر سرمایه عمر تا سقف ۲۰,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال

۲-۲-۲-۵- نقص عضو بر اثر حادثه به میزان ۱ تا ۳ برابر سرمایه عمر تا سقف ۱۰,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال

۳-۲-۲-۵- هزینه های پزشکی بر اثر حادثه تا ۱۰٪ سرمایه حادثه، حداکثر تا ۲,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال

د) خطرات اضافی بیمه حادثه: بیمه شده در صورت تمایل می تواند پوشش های اضافی حادثه (زلزله و آتش فشان- اعتصاب، شورش و بلوا) را درخواست و با تایید بیمه گر در صورت وقوع این خطرات از سرمایه های حادثه (فوت، نقص عضو، هزینه پزشکی) استفاده نماید.

نکته: انتخاب پوشش های نقص عضو و از کارافتادگی و هزینه های پزشکی منوط به انتخاب پوشش فوت در اثر حادثه بوده و میزان ضریب انتخاب شده برای پوشش نقص عضو و از کارافتادگی نیز می تواند برابر یا کمتر از ضریب پوشش فوت بر اثر حادثه باشد.

۳-۵- بیماری های خاص: این پوشش متعلق به بیمه شدگان با حداقل ۳ و حداکثر ۵۹ سال و به میزان (۰.۵٪-۱.۰٪-۱.۵٪-۲.۰٪-۳.۰٪) سرمایه عمر برای هر یک از بیماری های خاص امکان پذیر میباشد.

بیماری های این پوشش شامل (سرطان-سکته قلبی-سکته مغزی-عمل قلب باز و پیوند اعضا اصلی بدن) می باشد. لازم به ذکر است هر یک از بیماری های اشاره شده تنها یکبار در طول مدت بیمه نامه تحت پوشش می باشد.

دوره انتظار برای پوشش بیماری ها خاص حداقل ۳ ماه پس از تاریخ شروع پوشش می باشد.

میزان تعهد این پوشش برای بیمه شدگان ۳ تا ۱۲ سال تا ۳۰٪ سرمایه بیمه عمر و حداکثر ۴۵۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال می باشد.

میزان تعهد این پوشش برای بیمه شدگان ۱۲ سال به بالا تا ۳۰٪ سرمایه بیمه عمر و حداکثر تا ۳,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال می باشد.

۴-۵- آتش سوزی منزل مسکونی: این پوشش متعلق به منزل مسکونی بیمه گزار یا بیمه شده می باشد.

بیمه گزار یا بیمه شده باید در ملک مسکونی دارای نفع بیمه ای سکونت یا مالکیت باشند.

سرمایه آتش سوزی از حاصل ضرب حق بیمه ماهانه در ضرایب سرمایه آتش سوزی بدست می آید.

حداکثر سقف پرداختی سرمایه آتش سوزی در سال اول بیمه نامه عمر و تأمین آتیه مبلغ ۴,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال و در صورت انتخاب افزایش سالانه سرمایه آتش سوزی به میزان (۵٪ یا ۱۰٪) تا پایان مدت بیمه نامه تا سقف ۸,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال از سرمایه این پوشش استفاده نماید.

نکته: توجه داشته باشید بین دو افزایش سالانه حق بیمه و افزایش سالانه سرمایه بیمه آتش سوزی می توان درصد یکسان در نظر گرفت، لیکن درصد افزایش سالانه سرمایه آتش سوزی نمی تواند از درصد افزایش سالانه حق بیمه بیشتر باشد.

نکته: ۷۵٪ از مبلغ سرمایه آتش سوزی انتخاب شده متعلق به ارزش بنا و ۲۵٪ متعلق به ارزش اثاثیه می باشد.

نکته: در صورت وقوع خطرات اضافی پوشش آتش سوزی منزل مسکونی تنها نیمی از سرمایه تعهد شده پرداخت می گردد.

۶- دوره دوم (پرداخت مستمری)

| | |
|---|--|
| ۴- پرسش های مربوط به دوره دوم بیمه نامه (پرداخت مستمری): | اینجانب بیمه گذار بیمه نامه با مشخصات فوق درخواست خود را برای برقراری مستمری ماهانه به مدت سال (حداکثر تا سن ۹۰ سالگی بیمه شده) با شرایط ذیل اعلام می نمایم: |
| سرمایه فوت بیمه شده در دوران پرداخت مستمری : ۱۰ <input type="checkbox"/> ۲۰ <input type="checkbox"/> ۴۰ <input type="checkbox"/> ۶۰ <input type="checkbox"/> ۸۰ <input type="checkbox"/> ۱۰۰ <input type="checkbox"/> | درصد سرمایه سال آخر دوره اول بیمه نامه (دوره تشکیل سرمایه) |
| ضریب افزایش سالانه مستمری : (ثابت) <input type="checkbox"/> ۵% <input type="checkbox"/> ۱۰% <input type="checkbox"/> ۱۵% <input type="checkbox"/> ۲۰% <input type="checkbox"/> | نسبت به سال قبل تا پایان دوره دوم بیمه نامه (پرداخت مستمری) |

مدت دوره مستمری از ۵ سال الی ۳۵ سال می باشد و تا سن ۹۰ سالگی بیمه شده ، پوشش های فوت و درمان تکمیلی قابل ارائه می باشد.

(باید در نظر گرفت مجموع مدت بیمه نامه (دوره اول و دوم) از ۵۰ سال تجاوز ننماید و تا ۹۰ سالگی بیمه شده قابل ارائه می باشد)

سرمایه فوت در دوره مستمری حداقل ۱۰٪ و حداکثر ۱۰۰٪ سرمایه فوت سال آخر دوره اول می باشد و بیمه گزار می بایست یکی از ضرایب روی فرم پرسش نامه و پیشنهاد عمر و تأمین آتیه را انتخاب نماید.

ضریب افزایش سالانه مستمری از ۰ تا ۲۰٪ می باشد که بیمه گزار می بایست یکی از این ضرایب را انتخاب نماید.

۷- ذینفع بیمه نامه در صورت حیات بیمه شده

| | | | |
|---|-----------------------------------|-------------------------------|---------------------|
| ۵- استفاده کننده از سرمایه بیمه در صورت حیات بیمه شده در مدت بیمه نامه (دوره اول تشکیل سرمایه و دوره دوم پرداخت مستمری) : | | | |
| بیمه گذار <input type="checkbox"/> | بیمه شده <input type="checkbox"/> | سایر <input type="checkbox"/> | نام و نام خانوادگی: |
| | | | نام پدر: |
| | | | کد ملی: |
| | | | تاریخ تولد: |
| | | | نسبت: |

در این قسمت بیمه گزار می بایست استفاده کننده از مبلغ اندوخته ریاضی تجمیع شده در پایان بیمه نامه را در صورت حیات بیمه شده انتخاب نماید.

| | | |
|-----------|---|---|
| بیمه گزار | } | بیمه گزار در این قسمت می تواند یکی از گزینه های موجود را انتخاب نماید |
| بیمه شده | | |
| سایر | | |

باید در نظر داشت که گزینه سایر می بایست یک رابطه (سببی، نسبی، حقوقی) با بیمه شده داشته باشد. انتخاب موسسات و مراکز خیریه بلامانع است .

۸- ذینفعان فوت

| ۶- استفاده کننده از سرمایه بیمه در صورت فوت بیمه شده : | | | | | | | | | | |
|--|-----|--------------------------|---------|--------|------------|------------------|----------|--------|-------------------------|--|
| وراث قانونی به نسبت سهم الارث | | | | | | | | | | |
| وراث قانونی به نسبت مساوی | | | | | | | | | | |
| سایر(به شرح جدول زیر) | | | | | | | | | | |
| ردیف | نام | نام خانوادگی (نام مؤسسه) | نام پدر | کد ملی | تاریخ تولد | نسبت یا بیمه شده | درصد سهم | اولویت | شماره تماس (تلفن همراه) | |
| ۱ | | | | | | | | | | |
| ۲ | | | | | | | | | | |
| ۳ | | | | | | | | | | |
| ۴ | | | | | | | | | | |
| ۵ | | | | | | | | | | |

در این قسمت بیمه گزار می بایست استفاده کننده (گان) از سرمایه بیمه عمر و یا سرمایه بیمه حادثه به علاوه اندوخته ریاضی تجمیع شده در صورت فوت بیمه شده (طبیعی، حادثه) را انتخاب نماید.

بیمه گزار در این قسمت می تواند یکی از گزینه های موجود را انتخاب نماید

وراث قانونی به نسبت سهم الارث
 وراث قانونی به نسبت مساوی
 سایر (انتخاب یک تا ۵ نفر از وابستگان درجه یک سببی یا نسبی بیمه شده)

نکته: بیمه گزار می تواند شرکت ها ، موسسات و سازمان های خیریه را به عنوان ذینفع فوت بیمه شده انتخاب نماید، در این صورت ، ثبت اطلاعات شناسایی و یا اقتصادی شرکت ، سازمان و موسسه مورد نظر الزامی است.

۹- وضعیت سلامتی بیمه شده

در این قسمت سوالات گوناگونی در خصوص وضعیت سلامتی بیمه شده درج شده و بیمه شده /بیمه گزار موظفند پاسخ های صحیح و به دور از ابهام به سوالات مطرح شده ارائه نمایند.

وضعیت نظام وظیفه (مخصوص آقایان):

| ۶- وضعیت سلامتی بیمه شده (کاملاً محرمانه): |
|---|
| وضعیت نظام وظیفه (مخصوص آقایان) : انجام خدمت <input type="checkbox"/> معافیت پزشکی <input type="checkbox"/> ماده بند معافیت غیر پزشکی <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> : |
| در صورت معافیت ، علت آن را شرح دهید (به انضمام کپی کارت معافیت) : |

در این قسمت بیمه گزار ۴ گزینه را انتخاب می نماید

انجام خدمت
 معافیت پزشکی
 معافیت غیر پزشکی
 سایر

نکته: در صورت معافیت پزشکی بیمه شده ، نوشتن ماده و بند ، ارائه تصویر کارت معافیت به همراه ذکر توضیح علت معافیت و وضعیت درمان و حال حاضر بیمه شده الزامی است.

نکته: در صورت معافیت غیر پزشکی بیمه شده ذکر علت معافیت الزامی است.

نکته: در صورت انتخاب سایر ، به طور کامل توضیح داده شود.

آیا رشته (های) ورزشی خاصی انجام می دهید؟ خیر بلی تفریحی حرفه ای نام ببرید:

در صورت انجام ورزش توسط بیمه شده بیمه گزار می بایست گزینه های موجود در فرم پرسش نامه و پیشنهاد را انتخاب نماید.

نکته: در صورت انتخاب پوشش حادثه و انجام ورزش به صورت حرفه ای و یا غیر حرفه ای ، بیمه نامه عمر و تأمین آتیه مشمول دریافت اضافه نرخ می شود.

در حال حاضر بیمه نامه عمر و بیمه نامه حوادث دیگری دارید؟ خیر بلی (در صورت دارا بودن بیش از یک بیمه نامه ، سرمایه ها را مجموعاً اعلام فرمایید)

| بیمه عمر | شماره بیمه نامه | سرمایه بیمه | نام شرکت |
|----------|-----------------|-------------|----------|
| | | | |

| بیمه حوادث | شماره بیمه نامه | سرمایه بیمه | نام شرکت |
|------------|-----------------|-------------|----------|
| | | | |

در صورتی که بیمه شده دارای بیمه نامه عمر در شرکت بیمه پاسارگاد و یا سایر شرکت های بیمه باشد، الزامی است سرمایه عمر آن شرکت ذکر شود. (در صورت دارا بودن چند فقره بیمه نامه، مجموع سرمایه ها ذکر شود)

لطفاً پاسخ ابتلا یا عدم ابتلا به بیماری های قید شده در جدول ذیل را مشخص فرمائید:

| بیماری | بله | خیر |
|----------------|-----|-----|
| ۱ قلب | | |
| ۲ فشار خون | | |
| ۳ هر نوع تومور | | |
| ۴ مغز | | |
| ۵ گوارشی | | |

| بیماری | بله | خیر |
|---------------------|-----|-----|
| ۶ غدد داخلی | | |
| ۷ سرطان | | |
| ۸ ایدز | | |
| ۹ دیابت | | |
| ۱۰ گوش و حلق و بینی | | |

| بیماری | بله | خیر |
|----------------|-----|-----|
| ۱۱ صرع (تشنج) | | |
| ۱۲ استخوان | | |
| ۱۳ خونی | | |
| ۱۴ روحی و عصبی | | |
| ۱۵ چشمی | | |

| بیماری | بله | خیر |
|------------------------|-----|-----|
| ۱۶ عفونی | | |
| ۱۷ تنفسی | | |
| ۱۸ انواع هیپاتیت وسل | | |
| ۱۹ کلیه و مجاری ادراری | | |
| ۲۰ پوستی | | |

در صورت مثبت بودن پاسخ هر کدام از پرسش های فوق ، نوع و علت بیماری ، زمان شروع آن ، میزان و مدت زمان داروهای مصرف شده و وضعیت فعلی خود را قید نمایید. همچنین در صورت انجام عمل جراحی، زمان و علت آن را بنویسید و مدارک عمل جراحی (در صورت امکان) را ضمیمه نمایید .

در صورتی که بیمه شده در حال حاضر یا در گذشته سابقه ابتلاء به هر یک از بیماری های عنوان شده در جدول فوق را داشته باشد می بایست گزینه (بلی) و در غیر این صورت گزینه (خیر) را انتخاب نماید.

نکته: در صورت انتخاب گزینه (بلی) ذکر تاریخ شروع بیماری ، علت بیماری ، داروهای مصرفی و وضعیت سلامت فعلی بیمه شده الزامی است.

در صورتی که به بیماری های دیگری غیر از موارد ذکر شده مبتلا بوده و یا هستید، پرتو درمانی یا شیمی درمانی انجام داده اید به طور کامل توضیح دهید:

چنانچه بیمه شده به بیماری غیر از بیماری های اشاره شده در جدول فوق مبتلاء بوده یا می باشد، الزامی است که نام بیماری، تاریخ شروع بیماری، علت بیماری، داروهای مصرفی و وضعیت فعلی خود را شرح دهد.

سیگار/سایر مواد دخانی/مشروبات الکلی و مواد مخدر مصرف داشته یا می نمایید؟ خیر بلی : میزان و مدت زمان مصرف:

در این قسمت در صورت مصرف بیمه شده به موارد ذکر شده الزامی است که میزان و مدت مصرف را قید نماید در صورت پاسخ مثبت، بیمه نامه مشمول دریافت اضافه نرخ و یا تغییرات در پوشش ها خواهد شد.

سوالات مخصوص بانوان سابقه بیماری های خاص زنانه داشته اید؟ خیر بلی توضیح دهید:

باردار هستید؟ خیر بلی (از صدور بیمه نامه برای بانوان باردار تا حداقل یک ماه پس از زایمان معذوریم) سابقه زایمان داشته اید؟ خیر بلی

این قسمت مخصوص بانوان بوده و بیمه شده باید وضعیت فعلی خود را اعلام نماید.

نکته: در صورتی که بیمه شده در زمان تکمیل فرم پرسش نامه و پیشنهاد در وضعیت بارداری باشد، یک ماه پس از تاریخ زایمان می تواند بیمه نامه عمر و تأمین آتیه تهیه نماید.

| | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر ؟ تاکنون بر اثر حادثه مصدوم شده اید ؟ تاکنون مورد عمل جراحی قرار گرفته اید؟ وجود پلاتین در بدن را مشخص نمایند: آیا سابقه بستری دارید؟ دارای معلولیت می باشید؟ (در صورت مثبت بودن پاسخ هر یک از پرسش ها، لطفاً توضیح دهید) | <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر ؟ تاکنون بر اثر حادثه مصدوم شده اید ؟ تاکنون مورد عمل جراحی قرار گرفته اید؟ وجود پلاتین در بدن را مشخص نمایند: آیا سابقه بستری دارید؟ دارای معلولیت می باشید؟ (در صورت مثبت بودن پاسخ هر یک از پرسش ها، لطفاً توضیح دهید) |
|---|---|

در صورتی که در آزمایش خون اخیر بیمه شده موارد غیر عادی دیده و یا بر اثر حادثه دچار مصدومیت شده و یا مورد عمل جراحی قرار گرفته و یا دچار نقص عضو است گزینه (بلی) را انتخاب و تاریخ شروع، علت بیماری، داروهای مصرفی و وضعیت فعلی را تشریح نماید.

| |
|--|
| <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر ؟ طی شش ماه گذشته تغییرات وزنی (کاهش یا افزایش) داشته اید ؟ |
|--|

نکته: در صورتی که بیمه شده طی شش ماه گذشته کاهش یا افزایش وزن (غیر عادی) داشته باشد، فرم پرسش نامه و پیشنهاد عمر و تأمین آتیه جهت بررسی بیشتر به پزشک شرکت ارجاع داده می شود .

| |
|---|
| <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر ؟ از موتورسیکلت جهت تردد استفاده می نمایید ؟ داخلی،خونی،مرض قند،روحي و عصبی و صرع مبتلا بوده و یا می باشد؟ آیا سایر اعضای خانواده بیمه نامه عمر دارند؟ |
|---|

نکته: در صورتی که بیمه شده از موتورسیکلت جهت تردد استفاده می نماید می بایست گزینه (بلی) را انتخاب نماید. در مواردی که بیمه شده پوشش حادثه را انتخاب نموده باشد و دارای مشاغلی چون تحصیلدار یا پیک موتوری باشد مشمول دریافت اضافه نرخ شغلی می گردد.

در صورتی که در خانواده درجه یک بیمه شده (پدر، مادر، برادر، خواهر، همسر، فرزند) فردی مبتلا به بیماری های عنوان شده فوق بوده یا می باشد، الزامی است نوع بیماری و نسبت وی با بیمه شده ذکر شود.

نکته: در صورتی که حداقل دو تن از بستگان قید شده بیمه شده مبتلا به یکی از بیماری های عنوان شده باشند، پوشش بیماری های خاص با حداکثر ضریب ۲۰٪ سرمایه فوت امکان پذیر است.

| |
|---|
| اینجانبان (بیمه گذار و بیمه شده) امضاءکنندگان این پیشنهاد اعلام می داریم که تمام پاسخ هائی که داده ایم کاملاً درست و عین واقع بوده و هیچ اطلاعی را که ممکن است موجب اشتباه بیمه پاسارگاد شود کتمان نکرده ایم و مطلعیم که هرگونه اظهار خلاف و خودداری از واقع گویی ، مجوز قانونی ابطال بیمه نامه عمر موضوع این پیشنهاد و از دست دادن مزایای آن خواهد شد. ضمناً شرکت بیمه پاسارگاد و پزشک معتمد آن شرکت مجازند هرگونه اطلاعی را که راجع به وضع مزاجی و سلامت بیمه شده نیاز باشد ، کسب نمایند و این اطلاعات فقط جهت پذیرفتن یا تغییر نرخ بیمه مورد استفاده قرار می گیرد و در اختیار هیچ فرد حقیقی و یا حقوقی گذاشته نخواهد شد . تاریخ...../...../..... نام و امضاء بیمه گذار : تاریخ...../...../..... نام و امضاء نماینده فروش : |
| امضاءکنندگان ذیل ضمن تأیید هویت بیمه شده و بیمه گذار مندرج در این فرم پرسش نامه، سلامتی ظاهری بیمه شده را تأیید و گواهی می نمایند که پرسش نامه توسط بیمه گذار و بیمه شده تکمیل و امضاء شده است. تاریخ...../...../..... مهر و امضاء نماینده /مدیرارشد/مدیرفروش |
| تاریخ...../...../..... نام و کد ملی، کد و امضاء نماینده فروش |

در این قسمت الزامی است بیمه گزار و بیمه شده در قسمت های مربوطه امضاء و تاریخ تکمیل فرم پرسش نامه را قید نمایند، همچنین ضمن تأیید رویت بیمه شده توسط نماینده، نماینده فروش ، درج ثبت تاریخ و مهر و امضاء (نماینده، کارگزار، مدیرارشد) و تاریخ ، مهر و امضاء نماینده فروش الزامی است.

نکته: در صورتی که سن بیمه شده ۱۸ سال و بیشتر باشد برای تکمیل فرم پرسش نامه ارائه امضاء بیمه شده الزامی است.

نکته: در صورتی که بیمه گزار همسر خود را بیمه نماید و بیمه شده زیر سن قانونی (۱۸ سال) باشد، اخذ رضایت از ولی بیمه شده الزامی می باشد.

| | |
|---|--|
| ۷- اظهار نظر اولیه کارشناس صدور بیمه نامه : | |
| صدور بیمه نامه نیاز به معاینات و آزمایشات پزشکی دارد ؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> | میزان اضافه نرخ : <input type="text"/> |
| علت درخواست آزمایشات پزشکی : سرمایه بیمه نامه <input type="checkbox"/> موارد پزشکی <input type="checkbox"/> سایر موارد <input type="checkbox"/> | |

صدور بیمه نامه عمر و تأمین آتیه اگر نیاز به انجام معاینات پزشکی و تایید پزشک معتمد شرکت را داشته باشد، کارشناس صدور نظر خود را در این قسمت درج می نماید و چنانچه اطلاعات مندرج در پرسش نامه نیاز به بررسی پزشکی نداشته باشد کارشناس صدور می بایست در قسمت مربوطه با ثبت تاریخ و امضاء ، تایید خود را برای صدور بیمه نامه اعلام نماید.

| |
|---|
| ۸- نظر پزشک معتمد شرکت بیمه (در صورت نیاز): |
| تاریخ، نام، مهر و امضاء پزشک معتمد |

در صورتی که اطلاعات مندرج در فرم پرسش نامه عمر و تأمین آتیه نیاز به بررسی و تایید پزشک معتمد شرکت داشته باشد در این قسمت پزشک معتمد شرکت نظر خود را مکتوب اعلام می نماید.

| | |
|---|---------------------------------|
| ۹- نظر نهایی کارشناس صدور بیمه نامه : | |
| صدور بیمه نامه با توجه به مندرجات فرم پیشنهاد و قوانین و مقررات بیمه و بیمه گری بلامانع است ؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> | تاریخ، نام و امضاء کارشناس صدور |

پس از اعلام نظر پزشک معتمد شرکت، کارشناس صدور می بایست نظر نهایی خود را در خصوص صدور یا عدم صدور بیمه نامه اعلام نماید

| |
|--------------------------------|
| ۱۰- نظر مدیریت (در صورت نیاز): |
| |

در صورتی که اطلاعات مندرج در فرم پرسش نامه عمر و تأمین آتیه نیاز به بررسی پزشک معتمد شرکت را داشته باشد پس از اعلام نظر پزشک معتمد چنانچه دارای شرایط خاصی باشد، مدیریت در این قسمت نظر نهایی خود را در خصوص صدور یا عدم صدور بیمه نامه عمر تأمین آتیه اعلام می نماید.

نکات مهم:

نحوه بررسی، نگهداری و آرشیو فرم های پرسش نامه و پیشنهاد:

فرم پرسش نامه و پیشنهاد عمر و تأمین آتیه از نماینده/مدیر ارشد/کارگزاری تحویل گرفته شده و پس از بررسی اولیه توسط کارشناسان صدور و در صورت عدم ایرادات فنی، اداری و پزشکی در نرم افزار، صدور و ثبت نهایی می گردد و در صورت وجود ایرادات فنی، اداری و پزشکی به نماینده و یا اداره پزشکی عودت یا ارجاع داده می شود.

فرم پرسش نامه و پیشنهاد نهایی شده در نرم افزار صدور می بایست همراه با ضوابط از جمله مدارک شناسایی بیمه گزار/بیمه شده، تصاویر حق بیمه پرداختی قسط اول در سامانه آرشیو بیمه پاسارگاد بارگذاری گردد. لازم به ذکر است فرم پرسش نامه و پیشنهاد عمر و تأمین به همراه سایر مدارک ضمیمه می بایست به صورت فیزیکی در شعب و واحدهای صدور بایگانی گردد.

مدیران ارشد/نمایندگان/کارگزاران رسمی بیمه مرکزی، با توجه به نامه های ارسالی از طرف بیمه مرکزی و مفاد مواد ۸، ۱۰، ۱۱، ۱۵ آیین نامه شماره ۷۱ شورای عالی بیمه، ضمن تاکید بر اهمیت موضوع به کلیه اعضاء سازمان فروش ابلاغ می شود در صورت اعتراض بیمه گزار و یا ذینفع بیمه نامه، ماده ۱۴ آیین نامه شماره ۷۱ و ماده ۱۶ آیین نامه شماره ۷۵ شورای عالی بیمه ملاک عمل خواهد بود.

ماده ۸ آیین نامه شماره ۷۱: عرضه کننده بیمه موظف است کلیه اطلاعات ضروری در مورد پوشش های بیمه، وظایف و تعهدات بیمه گر و بیمه گزار، میزان حق بیمه و نحوه پرداخت آن، استثنائات و محدودیت های بیمه نامه، تاریخ شروع و انقضاء بیمه نامه و نحوه ارایه خدمات بیمه ای و سایر توضیحات لازم را به متقاضی خدمات بیمه به صورتی مناسب (نظیر مکتوب، الکترونیکی و غیره) اعلام نماید. این اطلاعات باید به گونه ای ارایه شود که مقایسه خدمات بیمه ای را از نظر قیمت، مدت و شرایط برای متقاضی خدمات بیمه امکان پذیر باشد.

ماده ۱۰ آیین نامه شماره ۷۱: عرضه کننده بیمه مکلف است قبل از صدور بیمه نامه، فرم پیشنهاد بیمه را که توسط متقاضی خدمات بیمه تکمیل و امضاء شده دریافت و یک نسخه را در سوابق خود نگهداری نماید.

ماده ۱۱ آیین نامه شماره ۷۱: عرضه کننده بیمه باید به نحو مقتضی پیامدهای ناشی از اظهارات خلاف واقع یا کتمان حقیقت از روی عمد را به اطلاع متقاضی خدمات بیمه برساند.

ماده ۱۴ آیین نامه شماره ۷۱: موسسه بیمه موظف است بیمه نامه و شرایط آن را با حروف خوانا، و عبارات قابل درک برای عموم بیمه گزاران تهیه نماید. مسئولیت درج صحیح اطلاعات در بیمه نامه برعهده بیمه گر است و موارد اجمال، ابهام یا اختلاف در مندرجات بیمه نامه یا سایر مستندات به نفع بیمه گزار یا ذینفع تفسیر می شود.

ماده ۱۵ آیین نامه شماره ۷۱: عرضه کننده بیمه موظف است بیمه گزار را متوجه اهمیت مطالعه مفاد قرارداد بیمه نامه جهت حصول اطمینان از تناسب پوشش بیمه با نیاز خود نماید.

ماده ۱۶ آیین نامه شماره ۷۵: مسئولیت جبران خسارات مستقیم و یا غیرمستقیم وارده به بیمه گزار و سایر اشخاص ذینفع که ناشی از عمد، تقصیر، غفلت و یا قصور نماینده، کارکنان یا بازاریابان وی در رابطه با عملیات بیمه ای موضوع قرارداد نمایندگی بیمه باشد به صورت تضامنی بر عهده شرکت بیمه و نماینده است. در هر حال، مفاد این ماده نافی مسئولیت نماینده در مقابل خسارات وارده به شرکت بیمه، از جمله خسارت پرداختی، سایر هزینه ها و حق بیمه دریافت نشده نخواهد بود.

مدیریت بیمه های عمر و تأمین آتیه

زمستان ۱۴۰۲