



فرم پیشنهاد بیمه سندروم داون

شماره سند: FM-LF-20/01

تاریخ: / / ۱۴

پیوست: ندارد

صفحه: 1 از 2

از متقاضی محترم خواهشمند است به کلیه پرسش‌های فرم پاسخ کامل داده و هیچ پرسشی را بدون پاسخ نگذارید، زیرا صحت جواب‌ها و کامل بودن آن شرط اصلی معتبر بودن بیمه‌نامه سندروم داون است و براساس مندرجات این فرم صادر می‌شود.

کد رایانه:	شعبه:	نام و کد معرف:	تاریخ تکمیل:			
مشخصات متقاضی بیمه	نام و نام خانوادگی:	نام پدر:	تاریخ تولد:			
	شغل:	نسبت متقاضی بیمه یا بیمه‌شده:	کد ملی:			
	جنسیت: <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/> مرد	آخرین مدرک تحصیلی:				
	نشانی: استان:	نشانی دقیق:				
تلفن ثابت:	تلفن همراه:	کد پستی:				
مشخصات مادر بیمه‌شده	نام و نام خانوادگی:	نام پدر:	تاریخ تولد:			
	آخرین مدرک تحصیلی:	شغل:	کد ملی:			
	نشانی: استان:	شهر:	نشانی دقیق:			
	تلفن ثابت:	تلفن همراه:	کد پستی:			
ذایف	ردیف	نام و نام خانوادگی	کد ملی	تاریخ تولد	محل صدور	نسبت با بیمه شده
	۱					
مشخصات بیمه	نوع بیمه‌نامه: مستمری به شرط حیات مدت معین					
	مبلغ حق بیمه: نحوه پرداخت حق بیمه: یکجا نحوه دریافت مستمری: ماهانه مبلغ دریافتی مستمری در شروع تعهدات: ۳۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال ماهانه مدت دریافت مستمری در صورت حیات: حداکثر ۳۰ سال ضریب افزایش سالانه مبلغ مستمری: ۱۰٪					
سوابق سلامت مادر بیمه‌شده	۱- آیا تا به حال باردار شده اید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> چند بار تجربه بارداری داشته‌اید؟					
	۲- در حال حاضر باردار می‌باشید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت بارداری مدت زمان بارداری ذکر شود					
	۳- آیا سابقه سقط در بارداری‌های قبلی را دارید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت بلی بودن لطفا دلیل سقط جنین و دفعات سقط ذکر شود.					
	۴- آیا دچار عوارض و بیماری ناشی از حاملگی و زایمان نظیر فشار خون یا مسمومیت حاملگی، سقط جنین، عفونت و خونریزی بعد از زایمان و... شده‌اید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>					
	۵- آیا تاکنون زایمان جنین مرده در بارداریهای قبلی را داشته اید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>					
	۶- آیا فرزند یا فرزندان دیگری دارید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت بلی لطفا تعداد فرزندان ذکر شود					
	۷- آیا فرزندان قبلی شما سالم هستند؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت سالم نبودن فرزندان لطفا بیماری یا اختلالات ژنتیکی که دارند توضیح داده شود.					
	۸- سن همسران را ذکر بفرمایید؟					
	۹- آیا همسر شما از بستگان نزدیک است؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> لطفا رابطه خانوادگی را ذکر کنید					



فرم پیشنهاد بیمه سندروم داون

شماره سند: FM-LF-20/01

تاریخ: / / ۱۴

پیوست: ندارد

صفحه: 2 از 2

- ۱۰- آیا شما سابقه بیماری ژنتیکی و یا اختلالات ژنتیکی دارید؟ بلی خیر لطفا توضیح دهید
- ۱۱- آیا همسران سابقه بیماری ژنتیکی و یا اختلالات ژنتیکی دارید؟ بلی خیر لطفا توضیح دهید
- ۱۲- آیا در بین بستگان درجه ۱ شما و همسران سابقه بیماری ژنتیکی، اختلالات ژنتیکی و یا تولد فرزند سندروم داون وجود داشته است؟ بلی خیر لطفا توضیح دهید
- ۱۳- آیا سابقه بیماری‌های زیر را دارید؟ اختلالات متابولیکی ارثی بلی خیر ، دیابت بلی خیر ، مشکلات تیروئید بلی خیر ، مسمومیت‌های دارویی بلی خیر ، سابقه سرطان بلی خیر ، سابقه شیمی درمانی بلی خیر
- ۱۴- در صورت استفاده از مواد ذکر شده، مقدار و نوع و مدت مصرف را اعلام نمایید. دخانیات مشروبات الکلی مواد مخدر و روان گردان
- ۱۵- آیا سابقه بستری در بیمارستان یا انجام عمل جراحی را داشته اید؟ بلی خیر لطفا در صورت بلی زمان و دلیل بستری در بیمارستان و یا عمل جراحی انجام شده را توضیح دهید.

اینجانبان (متقاضی بیمه و مادر بیمه شده) با آگاهی کامل و پذیرش شرایط و مقررات حاکم بر بیمه‌نامه‌های شرکت بیمه آرمان نسبت به تکمیل پرسش‌های فوق اقدام نموده‌ایم و با امضا ذیل این برگ اعلام می‌نماییم که کلیه پاسخ‌های ارائه شده در این فرم کاملاً صحیح و مطابق واقع است و مطلعیم که بر اساس ماده ۱۲ قانون بیمه، هرگونه اظهار خلاف واقع یا کتمان واقعیت درباره وضع سلامت مادر و پدر بیمه‌شده سبب ابطال قرارداد و سلب مزایای بیمه‌نامه خواهد شد. ضمناً شرکت بیمه آرمان مجاز است که هر زمانی که لازم بداند جهت کسب اطلاعات مورد نیاز به پزشک یا پزشکان معالج‌مان مراجعه نماید و هرگونه تحقیق را درخصوص سوابق پزشکی‌مان به عمل آورد و اینجانبان متعهد می‌گردیم جهت انجام معاینات و آزمایشات پزشکی همکاری لازم را به عمل آوریم.

اینجانب کارگزار/نماینده شخصاً متقاضی بیمه و مادر بیمه‌شده را ملاقات نموده ضمن احراز هویت و ارائه اطلاعات کامل و دقیق درخصوص شرایط بیمه‌نامه و میزان تعهدات آن، صحت امضای ایشان را تایید می‌نمایم.

نام و امضاء متقاضی بیمه	نام و امضاء مادر بیمه‌شده	نام و مهر و امضاء نماینده/ کارگزار/ بازاریاب
تاریخ:	تاریخ:	تاریخ:

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

مادر بیمه‌شده نیاز به معاینات و آزمایش دارد.

صدور بیمه‌نامه با نرخ عادی بلامانع است. بیمه‌نامه صادر نگردد. با ذکر علت:

صدور بیمه‌نامه با در نظر گرفتن اضافه نرخ مربوط به و در مجموع کل اضافه نرخ درصد و استثنائات ذیل بلامانع است:

نام و امضاء کارشناس صدور
تاریخ:

نظر کارشناس صدور

اظهار نظر نهایی

نام، سمت، امضاء
تاریخ: