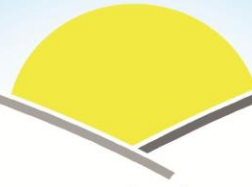




بیمه ایران



پیشنهاد بیمه



بیمه زندگی مان

متمنا می‌باشم، خواهشمند است به کلیه پرسش‌های مندرج در این پیشنهاد جواب داده و هیچ سوالی را بدون پاسخ نگذارید زیرا صحت این جواب‌ها و کامل بودن آن‌ها شرط اصلی معتبر بودن بیمه زندگی مان می‌باشد. تکمیل این پیشنهاد هیچ گونه تعهدی را برای بیمه‌گر ایجاد نمی‌نماید.

نام / شرکت: نام خانوادگی: نام پدر: کد ملی/شناسنامه ملی: [.....]

شماره شناسنامه/شماره ثبت: تاریخ تولد: / / محل تولد: محل صدور/محل ثبت:

جنسیت: مرد زن وضعیت تاهل: مجرد متاهل تابعیت: سطح تحصیلات:

شغل اصلی: مشاغل فرعی: درآمد ماهیانه: ریال

نشانی:

تلفن ثابت: تلفن همراه: پست الکترونیکی:

نسبت بیمه شونده با متقاضی: خودم سایر (توجه: در صورتی که متقاضی و بیمه شونده شخص واحدی باشند نیاز به تکمیل این قسمت نیست)

نام: نام خانوادگی: نام پدر: کد ملی: [.....]

شماره شناسنامه: تاریخ تولد: / / محل تولد: محل صدور:

جنسیت: مرد زن وضعیت تاهل: مجرد متاهل تابعیت: سطح تحصیلات:

شغل اصلی: مشاغل فرعی: درآمد ماهیانه: ریال تلفن همراه: پست الکترونیکی:

مدت بیمه: سال سپرده اولیه: ریال حق بیمه سال اول: ریال ضریب افزایش سالیانه: درصد

روش پرداخت: ماهیانه سه ماهه شش ماهه سالیانه یکجا سرمایه فوت سال اول: برابر حق بیمه سال اول درصد افزایش سالیانه: درصد

پوشش‌های تکمیلی (درخواستی)

پوشش تکمیلی فوت به علت حادثه: برابر سرمایه فوت به هر علت

پوشش تکمیلی نقص عضو یا از کار افتادگی دائم کلی و جزئی ناشی از حادثه: درصد سرمایه فوت به هر علت

پوشش تکمیلی هزینه پزشکی ناشی از حادثه: درصد سرمایه فوت به هر علت

پوشش تکمیلی معافیت از پرداخت حق بیمه (خطر فوت و سرمایه گذاری) در صورت از کار افتادگی کامل و دائم بیمه شده ناشی از حادثه

پوشش تکمیلی دریافت مستمری در صورت از کار افتادگی کامل و دائم بیمه شده ناشی از حادثه: برابر آخرین حق بیمه پرداختی

(برای ارائه پوشش‌های فوق باید بیمه شونده و متقاضی شخص واحدی بوده و شاغل باشد)

پوشش تکمیلی بیماری‌های خاص و پیوند اعضا به میزان درصد سرمایه فوت به هر علت

پوشش تکمیلی سرطان به میزان درصد سرمایه فوت به هر علت

آیا مایل هستید در صورت تأخیر در پرداخت حق بیمه پوشش‌های تکمیلی، جهت ادامه پوشش‌های بیمه‌ای اندوخته شما مورد استفاده قرار بگیرد؟ بلی خیر

استفاده کننده (گان) از سرمایه بیمه در صورت فوت بیمه شده: وراثت قانونی بیمه شده به نسبت مساوی وراثت قانونی بیمه شده به نسبت سهم الارث سایر به شرح ذیل:

نام و نام خانوادگی	نام پدر	کد ملی	نسبت با بیمه شده	اولویت	درصد سهم
۱					
۲					
۳					
۴					

استفاده کننده (گان) از سرمایه بیمه در صورت حیات بیمه شده: بیمه گذار بیمه شده سایر به شرح ذیل:

نام و نام خانوادگی	نام پدر	کد ملی	نسبت با بیمه شده	اولویت	درصد سهم
۱					
۲					

- ۱) لطفاً نام بیمه‌گر پایه و شماره بیمه دفترچه درمانی خود را در صورت وجود بنویسید؟
- ۲) آیا در حال حاضر بیمه‌نامه و یا پیشنهاد در جریان صدور بیمه زندگی و حادثه انفرادی دارید؟ بلی خیر (در صورت مثبت بودن پاسخ، جدول زیر را تکمیل نمایید)
- ۳) آیا تاکنون پیشنهاد بیمه زندگی به شرکت بیمه‌ای داده‌اید که مورد موافقت نگرفته باشد؟ بلی خیر (در صورت مثبت بودن پاسخ، جدول زیر را تکمیل نمایید)

نام شرکت بیمه‌ای: نوع بیمه: در جریان صدور / عدم صدور: شماره بیمه‌نامه / پیشنهاد: سرمایه فوت (ریال): در صورت عدم صدور بیمه‌نامه، علت را شرح دهید

تذکر: طبق مصوبات بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران در صورت عدم اطلاع بیمه‌گر از وجود چنین بیمه‌نامه‌هایی، بیمه‌گر می‌تواند از ایفای تمام یا بخشی از تعهدات خود خودداری نماید.

مشخصات متقاضی

مشخصات بیمه شونده

مشخصات بیمه نامه مورد درخواست

استفاده کننده(گان) از سرمایه بیمه نامه

سوابق بیمه‌ای بیمه شونده

۱) آیا کسی از افراد خانواده شما (پدر، مادر، خواهر، برادر، همسر و فرزندان) به بیماری سل، سرطان، بیماری قلبی، بیماری ریوی، فشارخون، مرض قند، نارسایی کلیه، سکنه مغزی، بیماری مادرزادی یا بیماری روحی و عصبی مبتلا بوده یا می باشد؟ نام برده و توضیح دهید؟

۲) آیا کسی از افراد خانواده شما (پدر، مادر، خواهر، برادر، همسر و فرزندان) زیر سن ۶۵ سال فوت نموده است؟ نام برده و علت فوت را توضیح دهید؟

- ۱) وضعیت خدمت نظام وظیفه: انجام داده ام انجام نداده ام در حال انجام معافیت غیر پزشکی معافیت پزشکی علت معافیت پزشکی:
- ۲) قد بیمه شونده: سانتی متر وزن بیمه شونده: کیلو گرم
- ۳) به کدام ورزشها می پردازید؟ آیا اشتغال به این ورزشها جنبه حرفه ای دارد؟ خیر بلی
- ۴) در صورت مصرف یا ترک سیگار مشروبات الکلی مواد مخدر میزان، نوع و مدت مصرف یا مدت زمان ترک را ذکر نمایید؟
- ۵) آیا از موتور سیکلت جهت تردد استفاده می کنید؟ خیر بلی (حوادث ناشی از هدایت وسایل نقلیه موتوری در صورتی مشمول بیمه می باشد که بیمه شده دارای گواهینامه معتبر باشد)
- ۶) آیا در دوازده ماه گذشته تغییرات وزن داشته اید؟ خیر بلی میزان افزایش / کاهش وزن: کیلوگرم علت افزایش / کاهش وزن:
- ۷) آیا ظرف شش ماه گذشته آزمایش انجام داده اید؟ خیر بلی نوع آزمایش؟
- ۸) آیا دچار نقص عضو / از کار افتادگی شده اید؟ خیر بلی در چه ناحیه ای / به چه میزان؟
- ۹) آیا از دارو برای بیماری طولانی استفاده کرده یا می کنید؟ خیر بلی نوع دارو: میزان مصرف: مدت مصرف:
- ۱۰) آیا مورد عمل جراحی قرار گرفته اید؟ یا بستری شده اید؟ خیر بلی به چه علت؟ در چه تاریخی: نام پزشک معالج:
- ۱۱) آیا در حال حاضر کاملاً سالم هستید؟ خیر بلی
- ۱۲) آیا به ناراحتی یا بیماریهای زیر مبتلا بوده یا می باشید؟ در صورت مثبت بودن پاسخ هر یک از موارد، تاریخ بروز و مدت زمان بیماری و عوارض بجا مانده و نام پزشک معالج:

بیماری	بلی	خیر
بیماریهای دستگاه تنفسی (سرفه مزمن، آسم، خلت چرکی یا خونی، تنگی نفس ...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
بیماریهای کلیه، مجاری ادرار، مشکلات پروستات، خون در ادرار، سنگ کلیه و ...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
بیماری خونی، سابقه تزریق خون، کم خونی، خونریزی های بدون علت و ...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
بیماری قلب و عروق بخصوص فشار خون و درد قفسه سینه، سکنه قلبی، واریس	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
بیماری های داخلی، تشنج، سکنه مغزی، مشکلات حرکتی، فراموشی و ...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
بیماری های اعصاب و روان، اضطراب، افسردگی، اقدام به خودکشی و ...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
آیا بیماریهای زاننه داشته اید؟	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

بیماری	بلی	خیر
بیماریهای غدد داخلی نظیر تیروئید، دیابت، کاهش یا افزایش اشتها، چربی خون بالا و ...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
سابقه بیماری های عفونی مانند سل، هیپاتیت، حبصه، تب مالت، مالاریا، ایدز، کیست هیداتیک و ...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
بیماریهای گوارشی، کبد، پانکراس، دردهای مزمن شکمی، خونریزی گوارشی، تهوع و استفراغ مکرر	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
بیماریهای گوش و حلق و بینی، چشمی، کاهش شنوایی، خونریزیهای بینی، کاهش بینایی، سرگیجه و ...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
بیماریهای پوستی، خالهای بزرگ، خالهای تغییر رنگ یافته، خونریزیهای زیر پوستی	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
بیماریهای استخوانی، عضلات و مفاصل، درد های عضلانی و ستون فقرات، خشکی، درد مفاصل و ...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
سوال مخصوص بانوان آیا در حال حاضر باردار هستید؟	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

۱۳) آیا به بیماری یا عارضه دیگری مبتلا شده اید که در موارد ذکر نشده بااشد؟ خیر بلی

توضیحات:

گزارش فروشنده بیمه

- ۱) آیا بیمه شونده را شخصاً می شناسید؟ خیر بلی
- ۲) به نظر شما بیمه شونده در حال حاضر از سلامت برخوردار است؟ خیر بلی
- ۳) آیا درباره بیمه زندگی اطلاعات کامل در اختیار متقاضی و بیمه شونده گذارده اید؟ خیر بلی
- ۴) آیا متقاضی و بیمه شونده در حضور شما شخصاً فرم پیشنهاد را تکمیل نموده اند؟ خیر بلی
- ۵) آیا صحت امضای متقاضی و بیمه شونده مورد تایید می باشد؟ خیر بلی
- بدینوسیله گواهی می نماید بیمه شونده شخصاً توسط اینجانب رویت گردیده و مراتب فوق مورد تایید است
- نام، امضاء، مهر و کد نمایندگی یا کار گزار:
- تاریخ: / /

تائید اظهارات

اینجانبان (متقاضی و بیمه شونده) اعلام می نمایم که کلیه مفاد فرم پیشنهاد، شرایط عمومی بیمه نامه و شرایط عمومی پوشش های تکمیلی را به عنوان شروط ضمن العقد مطالعه نموده و به کلیه سوالات با صداقت و دقت پاسخ داده و مطلع هستیم که هر گونه اظهار نظر خلاف واقع و یا خودداری از واقع گویی به عمد، به موجب قانون بیمه باعث باطل شدن قرارداد بیمه زندگی و از دست دادن مزایای آن خواهد شد. در ضمن بیمه گر یا پزشکان معتمد بیمه گر اجازه دارند هر گونه اطلاعاتی را که راجع به وضع مزاجی و سلامت بیمه شونده نیاز باشد کسب نمایند.

نام و امضای متقاضی: نام و امضای بیمه شونده:

تاریخ: / / تاریخ:

این قسمت توسط بیمه گر تکمیل خواهد شد

اظهار نظر اولیه کارشناس صدور

صدور بیمه نامه نیاز به انجام آزمایشات: دارد ندارد

در صورت مثبت بودن پاسخ، علت درخواست:

سرمایه بیمه نامه مسائل پزشکی

سن بیمه شونده سایر موارد:

نام و امضای کارشناس اولیه صدور:

تاریخ: / /

تاریخ تکمیل فرم پیشنهاد: / /

شماره پیشنهاد:

شماره بیمه نامه:

اظهار نظر پزشک معتمد شرکت

۱) با توجه به اطلاعات پزشکی و عمومی فرم پیشنهاد، بیمه شونده نیاز به انجام معاینات پزشکی: دارد ندارد

نوع آزمایش:

۲) با توجه به بررسی اطلاعات فرم پیشنهاد (با نتایج آزمایشات) صدور بیمه نامه از نظر مقررات پزشکی بیمه های زندگی:

تایید می گردد

با در نظر گرفتن درصد احتمال افزایش فوت تایید می گردد

به صلاح بیمه گر نمی باشد به علت:

نام، امضاء و مهر پزشک معتمد:

تاریخ: / /

شماره پیشنهاد:

شماره بیمه نامه:

اظهار نظر اولیه کارشناس صدور

صدور بیمه نامه نیاز به انجام آزمایشات: دارد ندارد

در صورت مثبت بودن پاسخ، علت درخواست:

سرمایه بیمه نامه مسائل پزشکی

سن بیمه شونده سایر موارد:

نام و امضای کارشناس اولیه صدور:

تاریخ: / /

تاریخ تکمیل فرم پیشنهاد: / /

شماره پیشنهاد:

شماره بیمه نامه:

