

متقاضی گرامی، خواهشمند است به کلیه پرسش‌های مندرج در این فرم با دقت و صداقت پاسخ داده و سپس امضاء فرمایید. در صورت صدور بیمه‌نامه، شرط اصلی اعتبار آن صحت اطلاعات مندرج در این فرم و پاسخ‌های شما است و به آن استناد خواهد شد. همچنین، تکمیل این فرم هیچ تعهدی را برای بیمه‌گر ایجاد نمی‌کند. فرم پیشنهاد می‌بایست بدون هرگونه خط‌خوردگی، لاک‌گرفتگی، خراشیدگی، دوباره‌نویسی و یا محو شدن تکمیل شده باشد.

بیمه‌گذار محترم، خواهشمند است موارد مندرج در این فرم را با دقت و به صورت خوانا تکمیل فرمایید.

تاریخ درخواست:		نام و کد نماینده / کارگزار:		شماره پیشنهاد:		نام و کد شعبه:	
نام و نام خانوادگی: _____ نام پدر: _____ شماره شناسنامه: _____ کد ملی: _____		تاریخ تولد: _____ محل صدور: _____ تابعیت: _____ جنسیت: زن <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> وضعیت تأهل: مجرد <input type="checkbox"/> متأهل <input type="checkbox"/>		شغل اصلی: _____ شغل فرعی: _____ کار با دستگاه: بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نوع دستگاه: _____ کار در ارتفاع: بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>		(توجه: عناوین عام شغلی مانند: آزاد، کارمند، کارگر، عنوان رشته تحصیلی، ... مورد قبول نمی‌باشد) شماره تلفن همراه (الزامی): _____	
نشانی قانونی: استان _____ شهر: _____		کد پستی: _____ شماره تلفن: _____ کد: _____ نشانی پست الکترونیک: _____ @					
خود شخص بیمه‌گذار <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> نسبت با بیمه‌گذار: _____ (در صورت یکسان بودن بیمه‌گذار و بیمه‌شده (اصلی) نیاز به تکمیل این قسمت نمی‌باشد)		نام و نام خانوادگی: _____ نام پدر: _____ شماره شناسنامه: _____ کد ملی: _____		تاریخ تولد: _____ محل صدور: _____ تابعیت: _____ جنسیت: زن <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> وضعیت تأهل: مجرد <input type="checkbox"/> متأهل <input type="checkbox"/>		(توجه: عناوین عام شغلی مانند: آزاد، کارمند، کارگر، عنوان رشته تحصیلی، ... مورد قبول نمی‌باشد) شماره تلفن همراه (الزامی): _____	
نشانی قانونی: استان _____ شهر: _____		کد پستی: _____ شماره تلفن: _____ کد: _____					
بیمه‌شده تبعی		نام و نام خانوادگی		کد ملی		تاریخ تولد	
۱							
۲							
۳							
۴							
۵							
بیمه‌نامه حوادث		پوشش‌های بیمه‌ای		بیمه‌شده اصلی		بیمه‌شده تبعی ۱	
فوت در اثر حادثه							
نقص عضو و از کارافتادگی دائم (کلی و جری) در اثر حادثه							
هزینه پزشکی ناشی از حادثه							
غرامت روزانه عمومی ناشی از حادثه							
غرامت روزانه بستری در مراکز درمانی مجاز ناشی از حادثه							
بیمه‌نامه مستمری		پوشش‌های بیمه‌ای		بیمه‌شده اصلی		بیمه‌شده تبعی ۲	
فوت در اثر حادثه							
نقص عضو و از کارافتادگی دائم (کلی و جری) در اثر حادثه							
هزینه پزشکی ناشی از حادثه							
بیمه‌نامه پز واک		پوشش بیمه‌ای		بیمه‌شده اصلی		بیمه‌شده تبعی ۳	
فوت در اثر حادثه							
رديف		نام و نام خانوادگی		کد ملی		تاریخ تولد	
۱						/ /	
۲						/ /	
۳						/ /	
۴						/ /	
۵						/ /	
در صورت فوت بیمه‌شده / بیمه‌شدگان، چنانچه استفاده‌کنندگان از سرمایه بیمه‌نامه مشخص نشده باشد، سرمایه بیمه‌نامه به نسبت سهم الارث بین وراثت قانونی تقسیم خواهد شد.							
* در صورت عدم مشخص نمودن درصد هر یک از ذینفعان، سرمایه بیمه‌نامه به نسبت مساوی تقسیم خواهد شد.							
* ذینفع حیات بیمه‌نامه پز واک (فوت حادثی با برگشت حق بیمه): بیمه‌شده <input type="checkbox"/> بیمه‌گذار <input type="checkbox"/>							
* ذینفع سرمایه فوت حادثی در صورت فوت بیمه‌شده تبعی (همسر، فرزند و والدین) بر اساس قوانین ارث در جمهوری اسلامی ایران و به نسبت سهم الارث پرداخت می‌گردد و برای سایر پوشش‌های حادثی در وجه بیمه‌گذار پرداخت می‌گردد.							
نام و نام خانوادگی بیمه‌گذار:		نام و نام خانوادگی بیمه‌شده اصلی:		نام و نام خانوادگی بیمه‌شده تبعی ۱:		نام و نام خانوادگی بیمه‌شده تبعی ۲:	
نام و نام خانوادگی بیمه‌شده تبعی ۳:		نام و نام خانوادگی بیمه‌شده تبعی ۴:		نام و نام خانوادگی بیمه‌شده تبعی ۵:			

وضعیت عمومی بیمه‌شده	<p>۱- آیا دچار نابینائی، کم‌بینائی یا ضعفی چشم هستید؟ نابینا <input type="checkbox"/> کم‌بینا <input type="checkbox"/> ضعفی چشم <input type="checkbox"/> در صورت ضعیف بودن چشم شماره عینک بیمه‌شده را مرقوم فرمائید.</p> <p>۲- آیا دچار کم شنوایی یا ناشنوایی هستید؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت مثبت بودن پاسخ، آیا از سمعک استفاده می‌کنید؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>۳- آیا بیمه‌شده در حال حاضر کاملاً سالم هستند؟ در صورت داشتن نقص عضو توضیح دهید کدام عضو از بدن، به چه علت و دچار چند درصد نقص عضو شده است؟</p> <p>۴- آیا بیمه‌شده از معافیت پزشکی (در خدمت نظام وظیفه) استفاده کرده است. بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت مثبت بودن پاسخ علت معافیت را توضیح دهید.</p>														
خطرات اضافی	<p>۵- آیا از موتورسیکلت به عنوان وسیله تردد استفاده می‌نمایید؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> درخواست پوشش "خطر اضافی" هدایت موتورسیکلت" با پرداخت حق بیمه اضافی را دارم بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>۶- آیا به ورزش رزمی یا حرفه‌ای خاصی می‌پردازید؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نوع ورزش _____ مدت فعالیت _____ درخواست خرید پوشش خطر اضافی ورزشی را دارم بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>۷- درخواست پوشش خطرات ناشی از بلایای طبیعی (سیل، زلزله، آتشفشان، فعل و انفعالات هسته‌ای) را با پرداخت حق بیمه اضافی دارم بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>۸- درخواست پوشش خطرات اضافی مانند شورش، انقلاب، بلوا، اعتصاب، قیام، آشوب، کودتا و اقدامات احتیاطی مقامات نظامی و انتظامی را با پرداخت حق بیمه اضافی دارم بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p>														
سوابق بیمه‌ای	<p>۱- آیا در حال حاضر بیمه‌نامه حادثه دیگری دارید؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نام شرکت بیمه: _____ سرمایه بیمه‌نامه: _____ ریال</p> <p>۲- آیا در حال حاضر پیشنهاد بیمه حوادث در جریان صدور یا پذیرفته نشده دارید؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت عدم پذیرش پیشنهاد علت را توضیح دهید.</p> <p>۳- آیا تاکنون خسارتی در اثر حادثه از سایر شرکت‌های بیمه‌ای دریافت نموده‌اید؟ در صورت مثبت بودن پاسخ نام شرکت و مبلغ دریافتی را با ذکر تاریخ مرقوم فرمائید.</p> <p>نام شرکت بیمه‌گر: _____ تاریخ حادثه: _____</p> <p>نوع خسارت: نقص عضو ناشی از حادثه <input type="checkbox"/> هزینه پزشکی ناشی از حادثه <input type="checkbox"/> برای کدام عضو آسیب دیده: _____</p>														
بیمه‌گذار و بیمه‌شده	<p>بدینوسیله گواهی می‌گردد اینجانب اطلاعات مندرج در فرم را به درستی و در کمال دقت تکمیل نموده و بعد از شنیدن توضیحات نماینده/کارشناس شعبه، موافقت خود را در ارتباط با تمامی مفاد آن اعلام می‌دارم. همچنین تعهد می‌نمایم در صورت هر گونه اظهار خلاف واقع به موجب قانون باعث ابطال بیمه‌نامه شده و اعتبار پوشش بیمه‌ای منوط به صحت اظهارات فوق خواهد بود.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>نام و نام خانوادگی بیمه‌گذار:</th> <th>نام و نام خانوادگی بیمه‌شده اصلی:</th> <th>نام و نام خانوادگی بیمه‌شده تبعی ۱:</th> <th>نام و نام خانوادگی بیمه‌شده تبعی ۲:</th> <th>نام و نام خانوادگی بیمه‌شده تبعی ۳:</th> <th>نام و نام خانوادگی بیمه‌شده تبعی ۴:</th> <th>نام و نام خانوادگی بیمه‌شده تبعی ۵:</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>تاریخ و امضاء:</td> <td>تاریخ و امضاء:</td> <td>تاریخ و امضاء:</td> <td>تاریخ و امضاء:</td> <td>تاریخ و امضاء:</td> <td>تاریخ و امضاء:</td> <td>تاریخ و امضاء:</td> </tr> </tbody> </table>	نام و نام خانوادگی بیمه‌گذار:	نام و نام خانوادگی بیمه‌شده اصلی:	نام و نام خانوادگی بیمه‌شده تبعی ۱:	نام و نام خانوادگی بیمه‌شده تبعی ۲:	نام و نام خانوادگی بیمه‌شده تبعی ۳:	نام و نام خانوادگی بیمه‌شده تبعی ۴:	نام و نام خانوادگی بیمه‌شده تبعی ۵:	تاریخ و امضاء:	تاریخ و امضاء:	تاریخ و امضاء:	تاریخ و امضاء:	تاریخ و امضاء:	تاریخ و امضاء:	تاریخ و امضاء:
نام و نام خانوادگی بیمه‌گذار:	نام و نام خانوادگی بیمه‌شده اصلی:	نام و نام خانوادگی بیمه‌شده تبعی ۱:	نام و نام خانوادگی بیمه‌شده تبعی ۲:	نام و نام خانوادگی بیمه‌شده تبعی ۳:	نام و نام خانوادگی بیمه‌شده تبعی ۴:	نام و نام خانوادگی بیمه‌شده تبعی ۵:									
تاریخ و امضاء:	تاریخ و امضاء:	تاریخ و امضاء:	تاریخ و امضاء:	تاریخ و امضاء:	تاریخ و امضاء:	تاریخ و امضاء:									
نماینده	<p>اینجانب، بیمه‌گذار و بیمه‌شده را ملاقات نموده، ضمن ارائه اطلاعات کافی درباره شرایط بیمه‌نامه و احراز هویت بیمه‌گذار و بیمه‌شده و نیز اخذ رونوشت شناسنامه یا کارت ملی، صحت امضاء و سلامتی بیمه‌گذار و بیمه‌شده را تأیید می‌نمایم.</p> <p>نام و نام خانوادگی و کد نمایندگی/ کارگزار: _____ تاریخ، مهر و امضا: _____</p>														
پزشک معتمد	<p>با توجه به مندرجات پیشنهاد: <input type="checkbox"/> صدور بلامانع است.</p> <p><input type="checkbox"/> صدور با شرایط خاص:</p> <p><input type="checkbox"/> منع پزشکی جهت صدور</p> <p>تاریخ/مهر و امضاء پزشک: _____</p>														
مسئول صدور	<p>با توجه به مندرجات پیشنهاد و ضوابط و مقررات بیمه:</p> <p><input type="checkbox"/> صدور با شرایط و تعهدات مندرج در فرم پیشنهاد بلامانع است.</p> <p><input type="checkbox"/> صدور با شرایط خاص:</p> <p><input type="checkbox"/> منع صدور به علت:</p> <p>حق بیمه اعلام شده بدون احتساب مالیات بر ارزش افزوده و عوارض شهرداری می‌باشد و بیمه‌گذار ملزم به پرداخت کل حق بیمه با احتساب مالیات می‌باشد.</p> <p>تاریخ/مهر و امضاء کارشناس/ واحد صدور: _____</p>														

توجه: متقاضی گرامی، ضمن تشکر از انتخاب شرکت بیمه‌دی، در صورت پذیرش درخواست شما و تخصیص شناسه واریز بانکی و واریز اولین قسط حق بیمه به حساب شرکت بیمه‌دی از ساعت ۲۴ روز واریز بیمه‌نامه شما به استناد فیش نقدی واریزی معتبر بوده و شما به خانواده بزرگ بیمه‌گذاران عمر بیمه‌دی خواهید پیوست.