

**فرم پیشنهاد بیمه نامه زندگی بهادار**

شماره سریال:

متقاضی گرامی، خواهشمند است به کلیه پرسش‌های مندرج در این فرم با دقت و صداقت پاسخ داده و سپس امضاء فرمایید. در صورت صدور بیمه نامه، 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 خط خوردگی، لاک‌گرفتگی، خراشیدگی، دوباره‌نویسی و یا محو شدن تکمیل شده باشد.

شماره پیشنهاد:		نام و کد شعبه:		نام و کد نماینده:		نام و کد بازاریاب:		تاریخ درخواست:	
<p>نام و نام خانوادگی/ نام شرکت: _____ نام پدر: _____ شماره شناسنامه: _____ کد ملی/ شماره ثبت: _____</p> <p>تاریخ تولد: _____ محل صدور: _____ تابعیت: _____ جنسیت: زن <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> وضعیت تاهل: مجرد <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/></p> <p>شماره تلفن همراه (الزامی): _____ میزان تحصیلات: _____ حدود درآمد ماهانه: _____</p> <p>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"/></p> <p><b>توجه:</b> عناوین عام شغلی مانند آزاد، کارمند، کارگر، عنوان رشته تحصیلی، ... مورد قبول نمی‌باشد.</p> <p>نشانی قانونی/ استان/ شهر: _____ نشانی: _____</p> <p>کدپستی: _____ شماره تلفن: _____ کد: _____ نشانی پست الکترونیک: _____</p>									
<p><b>توجه:</b> در صورت یکسان بودن بیمه‌گذار و بیمه‌شده نیاز به تکمیل این قسمت نیست) خود شخص بیمه‌گذار <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> نسبت با بیمه‌گذار: _____</p> <p>نام و نام خانوادگی/ نام شرکت: _____ نام پدر: _____ شماره شناسنامه: _____ کد ملی/ شماره ثبت: _____</p> <p>تاریخ تولد: _____ محل صدور: _____ تابعیت: _____ جنسیت: زن <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> وضعیت تاهل: مجرد <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/></p> <p>شماره تلفن همراه (الزامی): _____ میزان تحصیلات: _____ حدود درآمد ماهانه: _____</p> <p>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"/></p> <p><b>توجه:</b> عناوین عام شغلی مانند آزاد، کارمند، کارگر، عنوان رشته تحصیلی، ... مورد قبول نمی‌باشد.</p> <p>نشانی قانونی/ استان/ شهر: _____ نشانی: _____</p> <p>کدپستی: _____ شماره تلفن: _____ کد: _____ نشانی پست الکترونیک: _____</p>									
حق بیمه پایه: سالانه / یکجا <input type="checkbox"/> : _____ ریال		روش پرداخت حق بیمه پایه: ماهانه <input type="checkbox"/> ۲ ماهه <input type="checkbox"/> ۳ ماهه <input type="checkbox"/> ۶ ماهه <input type="checkbox"/> سالانه <input type="checkbox"/>							
حق بیمه مازاد: _____ ریال (حداکثر ۲ برابر سرمایه فوت مصوب هر سال)		ضریب افزایش سالانه حق بیمه پایه: %۵ <input type="checkbox"/> %۱۰ <input type="checkbox"/> %۱۵ <input type="checkbox"/> %۲۰ <input type="checkbox"/> %۲۵ <input type="checkbox"/> %۳۰ <input type="checkbox"/> %۵۰ <input type="checkbox"/>							
مدت بیمه نامه (تا سن ۱۰۰ سالگی بیمه شده): _____ سال		حق بیمه پوشش‌های تکمیلی را جداگانه می‌پردازم <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>							
۱. سرمایه فوت به هر علت: _____ ریال (۱ تا ۲۵ برابر حق بیمه پایه - حداقل ۱۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال)		ضریب افزایش سالانه سرمایه فوت: %۵ <input type="checkbox"/> %۱۰ <input type="checkbox"/> %۱۵ <input type="checkbox"/> %۲۰ <input type="checkbox"/> %۲۵ <input type="checkbox"/>							
۲. پوشش فوت ناشی از حادثه: بله <input type="checkbox"/> (برابر ۱) <input type="checkbox"/> ۲ برابر <input type="checkbox"/> ۳ برابر <input type="checkbox"/> برابر <input type="checkbox"/> سرمایه فوت به هر علت تا ۲۰ میلیارد ریال) <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>		بیماری یا حادثه: بله (بیمه شده اصلی <input type="checkbox"/> بیمه‌گذار <input type="checkbox"/> ) <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>							
۱-۲: پوشش نقص عضو و از کارافتادگی دائم ناشی از حادثه: بله <input type="checkbox"/> درصد سرمایه فوت ناشی از حادثه <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>		۱-۳: دریافت مستمری در صورت از کارافتادگی کامل و دائم ناشی از بیماری یا حادثه: <input type="checkbox"/> برابر <input type="checkbox"/> ۲ برابر <input type="checkbox"/> ۳ برابر <input type="checkbox"/> آخرین حق بیمه پرداختی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>							
۲-۲: پوشش هزینه پزشکی ناشی از حادثه: %۵ <input type="checkbox"/> %۱۰ <input type="checkbox"/> سرمایه فوت ناشی از حادثه (سقف پوشش تا ۱ میلیارد ریال) <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>		۴. پوشش امراض خاص: معادل %۳۰ <input type="checkbox"/> %۵۰ <input type="checkbox"/> %۱۰۰ <input type="checkbox"/> سرمایه فوت به هر علت (سقف پوشش ۵ میلیارد ریال) <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>							
نوع پوشش: ۵: بیماری <input type="checkbox"/> ۲۱: بیماری <input type="checkbox"/>		۵. پوشش معافیت از پرداخت حق بیمه در صورت فوت بیمه‌گذار: بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>							
صندوق‌های کم‌ریسک (%۱۰ تضمین سالانه)			صندوق‌های پرریسک (%۵ تضمین سالانه)				صندوق طلا (%۱ تضمین سالانه)		
_____ % در صندوق اعتبار آفرین ایرانیان			_____ % در صندوق اعتبار سهام ایرانیان				_____ % در صندوق طلای کهربا کاریزما		
_____ % در صندوق تضمین اصل سرمایه کاریزما			_____ % در صندوق مشترک کاریزما				_____ % در صندوق کارا کاریزما		
<p>حیات <input type="checkbox"/> بیمه شده <input type="checkbox"/> / بیمه‌گذار <input type="checkbox"/> درصد سهم: %۱۰۰ اولویت: اول</p>									
ردیف		نام و نام خانوادگی / نام مؤسسه		کد ملی / شماره ثبت مؤسسه		شماره شناسنامه		تاریخ تولد / تاریخ ثبت	
۱									
فوت									
۲									
۳									
۴									
<p><b>توجه:</b> * در صورت فوت بیمه‌شده، پرداخت وجه بیمه به وراثت قانونی منوط به ارائه برگه انحصر وراثت خواهد بود.</p> <p>* در صورت فوت بیمه‌شده چنانچه استفاده‌کنندگان از وجه بیمه مشخص نشده باشند، وجه بیمه بین وراثت قانونی بیمه‌شده به نسبت سهم الارث تقسیم خواهد شد.</p> <p>* در صورت فوت همزمان استفاده‌کننده و بیمه‌شده، وجه بیمه به نسبت مساوی بین وراثت قانونی بیمه‌شده تقسیم خواهد شد.</p>									
<p>آیا در حال حاضر بیمه عمر دیگری دارید؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>نام شرکت بیمه‌گر: _____ نوع بیمه‌نامه: _____ سرمایه فوت بیمه‌نامه: _____</p> <p>آیا در حال حاضر پیشنهاد بیمه عمر 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>نام شرکت بیمه‌گر: _____ نوع بیمه‌نامه: _____ سرمایه فوت بیمه‌نامه: _____</p> <p><b>تذکره:</b> چنانچه در طول مدت اعتبار بیمه‌نامه و یا پس از پایان آن مشخص شود که بیمه‌شده، بیمه‌نامه‌های عمر خود را که نزد سایر شرکت‌های بیمه داشته، در این فرم اعلام نکرده است، بیمه‌گر می‌تواند از پرداخت تمام و یا بخشی از تعهدات خود خودداری کند.</p>									
نام و نام خانوادگی بیمه‌گذار:					نام و نام خانوادگی بیمه‌شده:				
تاریخ/ مهر و امضاء:					تاریخ/ مهر و امضاء:				

۱. قد: \_\_\_\_\_ سانتی متر وزن: \_\_\_\_\_ کیلوگرم
۲. آیا ورزش‌های رزمی یا حرفه‌ای انجام می‌دهید؟ بله  خیر  رشته ورزشی و ساعت تمرین در هفته را مشخص کنید: \_\_\_\_\_
۳. درخواست پوشش خطرات ناشی از زلزله و آتشفشان را با پرداخت حق بیمه اضافی دارم بله  خیر
۴. آیا از معافیت پزشکی در خدمت نظام وظیفه استفاده کرده‌اید؟ بله  خیر  علت معافیت: \_\_\_\_\_ (تصویر کارت معافیت پزشکی ضمیمه شود)
۵. به هیچ بیماری مبتلا نیستم و در حال حاضر کاملاً سالم هستم: بله  خیر  در صورت پاسخ منفی، آیا سابقه ابتلا به بیماری‌های زیر را داشته‌اید؟ چنانچه دارای سابقه بیماری از جمله بیماری‌های قلبی و عروقی، خونی، کلیه و مجاری ادرار، غدد داخلی، گوارشی، استخوانی، اعصاب و روان، دستگاه تنفسی، پوستی، گوش و حلق و بینی و ... می‌باشید، نام بیماری، نام داروهای مصرفی و مدت ابتلا به بیماری را توضیح دهید \_\_\_\_\_
۶. چنانچه دارای هرگونه نقص عضو هستید با ذکر علت، ناحیه و درصد بیان کنید: \_\_\_\_\_
۷. در صورت ابتلا و یا فوت اعضای خانواده (پدر، مادر، خواهر، برادر، همسر، فرزندان) در اثر بیماری، نوع بیماری و سن را اعلام نمایید. \_\_\_\_\_
۸. آیا از سیگار/ پیپ/ قلیان و یا مواد مخدر استفاده کرده یا می‌کنید؟ بله  خیر  میزان و مدت مصرف آن: \_\_\_\_\_
۹. آیا تا به حال در بیمارستان، مرکز درمانی و یا آسایشگاه بستری شده‌اید؟ بله  خیر  علت و تاریخ بستری: \_\_\_\_\_
۱۰. آیا تا به حال تحت عمل جراحی قرار گرفته‌اید؟ بله  خیر
- نوع، تاریخ عمل و نتیجه آن را ذکر و حسب مورد گزارش عمل و پاتولوژی را ضمیمه کنید: \_\_\_\_\_
۱۱. آیا دارویی را به طور مستمر مصرف می‌کنید؟ بله  خیر  نوع دارو: \_\_\_\_\_ مدت زمان مصرف: \_\_\_\_\_
۱۲. آیا در ۶ ماه گذشته کاهش یا افزایش وزن شدید داشته‌اید؟ بله  خیر  به چه علت، چند کیلوگرم، در طی چه مدت: \_\_\_\_\_
۱۳. آیا در حال حاضر تحت نظر پزشک هستید؟ بله  خیر  به چه علت: \_\_\_\_\_
۱۴. آیا در حال حاضر باردار هستید؟ بله  خیر  ماه بارداری: \_\_\_\_\_

سوالات پزشکی مربوط به بیمه شده

بانوان

سوالات پزشکی مربوط به بیمه گذار

بیمه گذار و بیمه شده

نماینده

پزشک معتمد

مسئول صدور

## چنانچه بیمه گذار قصد اخذ پوشش‌های معافیت از پرداخت حق بیمه و دریافت مستمری از کارافتادگی را داشته باشد، تکمیل اطلاعات زیر ضروریست.

- ۱- قد: \_\_\_\_\_ سانتی متر وزن: \_\_\_\_\_ کیلوگرم
- ۲- در صورت نقص عضو، سابقه بستری و جراحی، سابقه بیماری از جمله بیماری‌های قلبی و عروقی، خونی، کلیه و مجاری ادرار، غدد داخلی، گوارشی، استخوانی، اعصاب و روان، دستگاه تنفسی، پوستی، گوش و حلق و بینی، ... می‌باشید نام بیماری، نام داروهای مصرفی و مدت ابتلا را توضیح نمایید. \_\_\_\_\_
- ۳- آیا از سیگار/ پیپ/ قلیان و یا مواد مخدر استفاده کرده یا می‌کنید؟ بله  خیر  میزان و مدت مصرف آن: \_\_\_\_\_
- ۴- آیا ورزش‌های رزمی یا حرفه‌ای انجام می‌دهید؟ بله  خیر  رشته ورزشی و ساعت تمرین در هفته را مشخص کنید: \_\_\_\_\_
- ۵- آیا از معافیت پزشکی در خدمت نظام وظیفه استفاده کرده‌اید؟ بله  خیر  علت معافیت: \_\_\_\_\_ (تصویر کارت معافیت پزشکی ضمیمه شود)
- اینجانب/ اینجانبن با توجه به قانون مبارزه با پولشویی مصوب دوم بهمن ماه ۱۳۸۶ مجلس شورای اسلامی و آیین‌نامه و دستورالعمل‌های اجرایی آن، خود را به رعایت مواد قانون یادشده و مقررات مربوطه متعهد و ملزم می‌کنیم. همچنین به عنوان متقاضی (بیمه‌گذار و بیمه‌شده) کلیه مفاد و شرایط عمومی بیمه‌نامه را مطالعه کردیم و به کلیه سؤالات با صداقت پاسخ داده‌ایم و اطلاع داریم که هرگونه اظهار خلاف واقع به موجب قانون باعث ابطال قرارداد می‌شود و ضمن اطلاع کامل از حدود تعهدات خود و بیمه‌گر و نیز ارزش بازخرید بیمه‌نامه تقاضای صدور آن را داریم.
- نام و نام خانوادگی بیمه گذار: \_\_\_\_\_ نام و نام خانوادگی بیمه شده: \_\_\_\_\_  
تاریخ/ مهر و امضاء: \_\_\_\_\_ تاریخ/ مهر و امضاء: \_\_\_\_\_
- اینجانب شخصاً، متقاضی (بیمه‌گذار) و بیمه‌شده را ملاقات نموده، ضمن ارائه اطلاعات کافی درباره شرایط بیمه‌نامه و تعهدات و ارزش بازخرید آن و احراز هویت بیمه‌گذار و بیمه‌شده، صحت امضاء و سلامتی متقاضی بیمه‌نامه و بیمه‌شده را تایید می‌کنم.
- نام و نام خانوادگی بازاریاب: \_\_\_\_\_ کد، نام و نام خانوادگی نماینده/ کار گزار: \_\_\_\_\_  
تاریخ/ مهر و امضاء: \_\_\_\_\_ تاریخ/ مهر و امضاء: \_\_\_\_\_

با توجه به مندرجات پیشنهاد،  صدور با نرخ عادی بلامانع است. صدور با اضافه نرخ \_\_\_\_\_ نیاز به انجام آزمایش‌های پزشکی دارد \_\_\_\_\_ منع پزشکی دارد \_\_\_\_\_

تاریخ/ مهر و امضاء پزشک

با توجه به مندرجات پیشنهاد و ضوابط و مقررات بیمه،  صدور با نرخ عادی بلامانع است. صدور با اضافه نرخ \_\_\_\_\_ قد و وزن، \_\_\_\_\_ سوابق خانوادگی، \_\_\_\_\_ مصرف دخانیات، \_\_\_\_\_ تجمیع ریسک، \_\_\_\_\_ پزشکی، بلامانع است. نیاز به انجام آزمایش‌های پزشکی دارد \_\_\_\_\_ منع پزشکی دارد \_\_\_\_\_

تاریخ/ مهر شعبه و امضاء کارشناس

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، بیمه‌نامه شما به استناد رسید نقدی واریزی از ساعت ۲۴ روز واریز معتبر است و شما به خانواده بزرگ بیمه‌گذاران عمر بیمه‌دی خواهید پیوست.