

پیشنهاد صدور بیمه شدگان تبعی عمر و مستمری

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 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.

| شماره پیشنهاد: | | نام و کد شعبه: | | نام و کد نماینده: | | نام و کد بازاریاب: | | تاریخ درخواست: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--------------------------------|--------------------------|----------------|------------------------|-------------------------------|--------------------|----------|----------------|--|------|--------------------------------|--------------------------|----------------|------------------------|---------|------------------|----------|--------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <p>نام و نام خانوادگی: _____ نام پدر: _____ شماره شناسنامه: _____ کد ملی / شماره ثبت: _____</p> <p>شغل اصلی: _____ شغل فرعی: _____ کار با دستگاه: <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله نوع دستگاه: _____ کار در ارتفاع: <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله</p> <p>توجه: عناوین عام شغلی مانند: آزاد، کارمند، کارگر، عنوان رشته تحصیلی، ... مورد قبول نمی‌باشد.</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>نام و نام خانوادگی: _____ نام پدر: _____ شماره شناسنامه: _____ کد ملی / شماره ثبت: _____</p> <p>تاریخ تولد: _____ محل صدور: _____ تابعیت: _____ جنسیت: <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/> مرد وضعیت تأهل: <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/> متأهل</p> <p>شماره تلفن همراه (الزامی): _____ میزان تحصیلات: _____ نشانی قانونی: استان / شهر: _____ نشانی: _____</p> <p>کدپستی: _____ شماره تلفن: _____ کد: _____ نشانی پست الکترونیک: _____</p> <p>در رابطه با فعالیت شغلی خود به موارد زیر پاسخ دهید. (توجه: عناوین عام شغلی مانند: آزاد، کارمند، کارگر، عنوان رشته تحصیلی، ... مورد قبول نمی‌باشد.)</p> <p>شغل اصلی: _____ شغل فرعی: _____ کار با دستگاه: <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله نوع دستگاه: _____ کار در ارتفاع: <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>۱. سرمایه فوت به هر علت: _____ ریال ضریب افزایش سالانه سرمایه فوت: <input type="checkbox"/> ۰٪ <input type="checkbox"/> ۵٪ <input type="checkbox"/> ۱۰٪ <input type="checkbox"/> ۱۵٪ <input type="checkbox"/> ۲۰٪ <input type="checkbox"/> ۲۵٪ (۱ تا ۲۵ برابر حق بیمه سالانه - حداقل ۱۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال)</p> <p>۲. پوشش فوت ناشی از حادثه: <input type="checkbox"/> بله (۱ برابر <input type="checkbox"/> ۲ برابر <input type="checkbox"/> ۳ برابر <input type="checkbox"/> سرمایه فوت به هر علت تا ۲۰ میلیارد ریال) <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>۲-۱. پوشش نقص عضو و از کارافتادگی دائم ناشی از حادثه: <input type="checkbox"/> بله _____ درصد سرمایه فوت ناشی از حادثه <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>۲-۲. پوشش هزینه پزشکی ناشی از حادثه: <input type="checkbox"/> ۱۰٪ <input type="checkbox"/> ۵٪ سرمایه فوت ناشی از حادثه (سقف پوشش تا ۱ میلیارد ریال) <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>۳. پوشش امراض خاص: معادل <input type="checkbox"/> ۳۰٪ <input type="checkbox"/> ۵۰٪ <input type="checkbox"/> ۱۰۰٪ سرمایه فوت به هر علت (سقف این پوشش تا ۵ میلیارد ریال می‌باشد) <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>نوع پوشش: <input type="checkbox"/> ۵ بیماری <input type="checkbox"/> ۲۱ بیماری</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <thead> <tr> <th>ردیف</th> <th>نام و نام خانوادگی / نام مؤسسه</th> <th>کد ملی / شماره ثبت مؤسسه</th> <th>شماره شناسنامه</th> <th>تاریخ تولد / تاریخ ثبت</th> <th>نام پدر</th> <th>نسبت با بیمه‌شده</th> <th>درصد سهم</th> <th>اولویت</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>۱</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>۲</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>۳</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>۴</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>۵</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>۶</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> | | | | | | | | | | ردیف | نام و نام خانوادگی / نام مؤسسه | کد ملی / شماره ثبت مؤسسه | شماره شناسنامه | تاریخ تولد / تاریخ ثبت | نام پدر | نسبت با بیمه‌شده | درصد سهم | اولویت | ۱ | | | | | | | | | ۲ | | | | | | | | | ۳ | | | | | | | | | ۴ | | | | | | | | | ۵ | | | | | | | | | ۶ | | | | | | | | |
| ردیف | نام و نام خانوادگی / نام مؤسسه | کد ملی / شماره ثبت مؤسسه | شماره شناسنامه | تاریخ تولد / تاریخ ثبت | نام پدر | نسبت با بیمه‌شده | درصد سهم | اولویت | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ۱ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ۲ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ۳ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ۴ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ۵ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ۶ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>توجه: * در صورت فوت بیمه‌شده، پرداخت خسارت به وراثت قانونی منوط به ارائه برگه انحصار وراثت خواهد بود. * در صورت فوت بیمه‌شده، چنانچه استفاده‌کننده (گان) از سرمایه بیمه مشخص نشده باشند، سرمایه بیمه بین وراثت قانونی بیمه‌شده به نسبت سهم الارث تقسیم خواهد شد. * در صورت فوت همزمان استفاده‌کننده و بیمه‌شده، سرمایه بیمه به نسبت مساوی بین وراثت قانونی بیمه‌شده تقسیم خواهد شد. * در صورت فوت بیمه‌شده، استفاده‌کننده/گان می‌توانند منافع بیمه‌نامه را به صورت مستمری دریافت نمایند.</p> <p>امضاء بیمه‌گذار</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>آیا در حال حاضر بیمه عمر دیگری دارید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر</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؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله در صورت عدم پذیرش پیشنهاد علت را توضیح دهید.</p> <p>نام شرکت بیمه‌گر: _____ نوع بیمه‌نامه: _____ سرمایه فوت بیمه‌نامه: _____</p> <p>تذکر: 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 بیمه‌شده تبعی: | | | | | نام و نام خانوادگی بیمه‌گذار: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| تاریخ / مهر و امضاء: | | | | | تاریخ / مهر و امضاء: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

۱. قد: _____ سانتی متر وزن: _____ کیلوگرم
 ۲. آیا ورزش های رزمی یا حرفه ای انجام می دهید؟ 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 کرده اید؟ بله خیر علت معافیت: _____ (تصویر کارت معافیت پزشکی ضمیمه شود)
 ۵. به هیچ بیماری مبتلا نیستیم و در حال حاضر کاملاً سالم هستیم: بله خیر در صورت پاسخ منفی، آیا سابقه ابتلا به بیماری های زیر را داشته اید؟

| | | | | | |
|--------------------------|--|--------------------------|---|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | بیماری های دستگاه تنفسی (سرفه مزمن، آسم و ...) | <input type="checkbox"/> | بیماری های گوش و حلق و بینی و چشمی و ... | <input type="checkbox"/> | بیماری های داخلی و یا بیماری های واگیردار |
| <input type="checkbox"/> | بیماری های قلبی عروقی، درد قفسه سینه، تنگی نفس فعالیتی | <input type="checkbox"/> | بیماری های اعصاب و روان، افسردگی و اضطراب | <input type="checkbox"/> | بیماری های پوستی، خال های بزرگ |
| <input type="checkbox"/> | بیماری های خونی، سابقه تزریق خون، کم خونی | <input type="checkbox"/> | بیماری های عفونی، سل، هیپاتیت، ایدز و ... | <input type="checkbox"/> | بیماری های کلیه، مجاری ادرار، دستگاه تناسلی و غیره |
| <input type="checkbox"/> | بیماری های گوارشی، کبد، پانکراس و غیره ... | <input type="checkbox"/> | بیماری های استخوانی، عضلات و مفاصل و ... | <input type="checkbox"/> | بیماری های غدد داخلی نظیر تیروئید و غیره |

- در صورت ابتلا به هر یک از بیماری های بالا و یا هر نوع بیماری دیگر، نام و تاریخ ابتلا، نوع، میزان داروی مصرفی، نام پزشک معالج و وضعیت فعلی خود را اعلام و سوابق بیماری و مدارک پزشکی را ضمیمه کنید.
 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 جدول زیر تکمیل شود.

| نسبت | سن | نوع بیماری / سن ابتلا | علت فوت (در صورت فوت زیر ۶۵ سال) |
|------|----|-----------------------|----------------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

۸. آیا از سیگار / پیپ / قلیان و یا مواد مخدر استفاده کرده یا می کنید؟
 ۹. آیا تا به حال در بیمارستان، مرکز درمانی و یا آسایشگاه بستری شده اید؟
 ۱۰. آیا تا به حال تحت عمل جراحی قرار گرفته اید؟
 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 می کنید؟
 ۱۲. آیا در ۶ ماه گذشته کاهش یا افزایش وزن شدید داشته اید؟
 ۱۳. آیا در حال حاضر تحت نظر پزشک هستید؟
 ۱۴. آیا در حال حاضر باردار هستید؟ بله خیر ماه بارداری: _____

اینجانب / اینجانان با توجه به قانون مبارزه با پولشویی مصوب دوم بهمن ماه ۱۳۸۶ مجلس شورای اسلامی و آیین نامه و دستورالعمل های اجرایی آن، خود را به رعایت مواد قانون یادشده و مقررات مربوطه متعهد و ملزم می کنم. همچنین به عنوان متقاضی (بیمه گذار و بیمه شده) کلیه مفاد و شرایط عمومی بیمه نامه را مطالعه کردیم و به کلیه سؤالات با صداقت پاسخ داده ایم و اطلاع داریم که هرگونه اظهار خلاف واقع به موجب قانون باعث ابطال قرارداد می شود و ضمن اطلاع کامل از حدود تعهدات خود و بیمه گر و نیز ارزش بازخرید بیمه نامه تقاضای صدور آن را داریم.
 نام و نام خانوادگی بیمه گذار: _____
 تاریخ / مهر و امضاء: _____
 نام و نام خانوادگی بیمه شده: _____
 تاریخ / مهر و امضاء: _____

اینجانب شخصاً متقاضی (بیمه گذار) و بیمه شده را ملاقات نموده، ضمن ارائه اطلاعات کافی درباره شرایط بیمه نامه و تعهدات و ارزش بازخرید آن و احراز هویت بیمه گذار و بیمه شده، صحت امضاء و سلامتی متقاضی بیمه نامه و بیمه شده را تایید می کنم.
 نام و نام خانوادگی بازاریاب: _____
 تاریخ / مهر و امضاء: _____
 کد، نام و نام خانوادگی نماینده / کارگزار: _____
 تاریخ / مهر و امضاء: _____

با توجه به مندرجات پیشنهاد، صدور با نرخ عادی بلامانع است.
 صدور با اضافه نرخ _____
 نیاز به انجام آزمایش های 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 آزمایش های پزشکی دارد
 منع پزشکی دارد
 تاریخ / مهر شعبه و امضاء کارشناس _____

توجه: متقاضی گرامی، ضمن تشکر از انتخاب شرکت بیمه دی، در صورت پذیرش درخواست شما و تخصیص شناسه واریز بانکی و واریز اولین قسط حق بیمه به حساب شرکت بیمه دی، بیمه نامه شما به استناد رسید نقدی واریزی از ساعت ۲۴ روز واریز معتبر است و شما به خانواده بزرگ بیمه گذاران عمر بیمه دی خواهید پیوست.