

پیشنهاد صدور بیمه عمر انفرادی

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 بوده و به آن استناد خواهد شد. ضمناً 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:					
بیمه‌گذار (حداقل سن ۱۸ سال)	نام و نام خانوادگی / نام شرکت: _____ نام پدر: _____ شماره شناسنامه: _____ کد ملی / شماره ثبت: _____ تاریخ تولد: _____ محل صدور: _____ تابعیت: _____ جنسیت: زن <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> وضعیت تأهل: مجرد <input type="checkbox"/> متأهل <input type="checkbox"/> شماره تلفن همراه (الزامی): _____ میزان تحصیلات: _____ حدود درآمد ماهانه (ریال): _____ شغل اصلی: _____ شغل فرعی: _____ کار یا 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.) نشانی قانونی: استان / شهر: _____ نشانی: _____ کدپستی: _____ شماره تلفن: _____ کد: _____ نشانی پست الکترونیک: _____								
	بیمه‌شده	خود شخص بیمه‌گذار <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> نسبت با بیمه‌گذار: _____ (در صورت یکسان بودن بیمه‌گذار و بیمه‌شده نیاز به تکمیل این قسمت نمی‌باشد) نام و نام خانوادگی: _____ نام پدر: _____ شماره شناسنامه: _____ کد ملی / شماره ثبت: _____ تاریخ تولد: _____ محل صدور: _____ تابعیت: _____ جنسیت: زن <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> وضعیت تأهل: مجرد <input type="checkbox"/> متأهل <input type="checkbox"/> شماره تلفن همراه (الزامی): _____ میزان تحصیلات: _____ حدود درآمد ماهانه (ریال): _____ شغل اصلی: _____ شغل فرعی: _____ کار یا 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.) نشانی قانونی: استان / شهر: _____ نشانی: _____ کدپستی: _____ شماره تلفن: _____ کد: _____ نشانی پست الکترونیک: _____							
مشخصات بیمه‌نامه		شرایط	۱- عمر ساده زمانی	۲- عمر مانده بدهکار	۳- بیمه عمر زمانی با برگشت حق بیمه (طرح موج)				
	سرمایه فوت به هر علت (ریال)	ریال _____	ریال _____	ریال _____					
	ضریب تعدیل سرمایه (درصد)	<input type="checkbox"/> ۲۰ <input type="checkbox"/> ۱۵ <input type="checkbox"/> ۱۰ <input type="checkbox"/> ۵ <input type="checkbox"/> ۰	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>					
	مدت بیمه‌نامه (سال)	_____	_____	<input type="checkbox"/> ۷ <input type="checkbox"/> ۵ <input type="checkbox"/> ۳					
	روش پرداخت	سالانه	یکجا	یکجا					
	مدت پرداخت حق بیمه (سال)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>					
	فوت ناشی از حادثه	<input type="checkbox"/> ۱، <input type="checkbox"/> ۲، <input type="checkbox"/> ۳ برابر	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>					
	نقص عضو ناشی از حادثه	خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/>%	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>					
هزینه پزشکی ناشی از حادثه	خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>						
پوشش امراض خاص	<input type="checkbox"/> ۳۰٪ <input type="checkbox"/> ۵۰٪ <input type="checkbox"/> ۱۰۰٪ <input type="checkbox"/> ۵ بیماری <input type="checkbox"/> ۲۱ بیماری <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>						
حیات	بیمه‌شده <input type="checkbox"/> بیمه‌گذار <input type="checkbox"/> سهم: ۱۰۰ درصد اولویت: اول (صرفاً جهت بیمه عمر زمانی با برگشت حق بیمه تکمیل شود)								
استفاده‌کننده/گان بیمه‌نامه	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								
سوانح بیمه‌ای	توجه: * پرداخت خسارت در صورت فوت بیمه‌شده 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.								
	آیا در حال حاضر بیمه عمر دیگری دارید؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نام شرکت بیمه‌گر: _____ نوع بیمه‌نامه: _____ سرمایه فوت بیمه‌نامه: _____ 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 فرمایید. _____ 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 ننموده است، بیمه‌گر می‌تواند از پرداخت تمام و یا بخشی از تعهدات خود خودداری نماید.								
بیمه‌گذار و بیمه‌شده	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. چنانچه به ورزش رزمی و یا حرفه‌ای می‌پردازید نام ورزش و مدت فعالیت را توضیح فرمایید:

۳. چنانچه از معافیت پزشکی استفاده کرده‌اید، علت معافیت را توضیح و تصویر کارت معافیت پزشکی را ضمیمه فرم نمایید. (آقایان)

۴. در صورت بارداری، ماه بارداری را اعلام فرمایید. (بانوان)

۵. به هیچ بیماری مبتلا نبوده و در حال حاضر کاملاً سالم می‌باشم: بله خیر

۶. چنانچه دارای نقص عضو، بیماری، سابقه بیماری خاص از جمله بیماری‌های قلبی و عروقی، خونی، عفونی، کلیه و مجاری ادرار و ...، 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 فرمایید.

۷. هرگونه سابقه بستری در بیمارستان و یا عمل جراحی را به همراه وضعیت فعلی و ذکر تاریخ توضیح و حسب مورد خلاصه پرونده و گزارش پاتولوژی را ضمیمه نمایید.

۸. در صورت اعتیاد و یا استعمال هرگونه دخانیات (سیگار، قلیان، پپ و ...)، نوع، مدت مصرف و میزان آن را در روز مشخص نمایید.

۹. چنانچه در ۶ ماه گذشته کاهش یا افزایش وزن شدید داشته‌اید، میزان و علت آن را اعلام نمایید.

۱۰. چنانچه در بین اعضای خانواده (پدر، مادر، خواهر، برادر، همسر، فرزند) سابقه بیماری‌های قلبی، سل، دیابت، تشنج، سرطان، فشارخون، نارسایی کلیه، سکتة مغزی و یا بیماری‌های واگیردار وجود داشته، نوع بیماری و سن ابتلا را اعلام نمایید.

۱۱. در صورت فوت اعضای خانواده زیر ۶۵ سال علت را مشخص فرمایید.

اینجانب / اینجانان با توجه به قانون مبارزه با پولشویی مصوب دوم بهمن ماه ۱۳۸۶ مجلس شورای اسلامی و آیین‌نامه و دستورالعمل‌های اجرایی آن متعهد و ملزم به رعایت مواد قانون یاد شده و مقررات مربوطه می‌گردیم. همچنین بعنوان متقاضی (بیمه‌گذار و بیمه‌شده) کلیه مفاد و شرایط عمومی بیمه‌نامه را مطالعه نموده و به کلیه سوالات با صداقت پاسخ داده و اطلاع داریم که هرگونه اظهار خلاف واقع به موجب قانون باعث ابطال قرارداد شده و ضمن اطلاع کامل از حدود تعهدات خود و بیمه‌گر، تقاضای صدور آن را داریم.

نام و نام خانوادگی بیمه‌شده:
تاریخ / مهر و امضاء:نام و نام خانوادگی بیمه‌گذار:
تاریخ / مهر و امضاء:

اینجانب شخصاً، متقاضی (بیمه‌گذار) و بیمه‌شده را ملاقات نموده، ضمن ارائه اطلاعات کافی درباره شرایط بیمه‌نامه و احراز هویت بیمه‌گذار و بیمه‌شده، صحت امضاء و سلامتی متقاضی بیمه‌نامه و بیمه‌شده را تایید می‌نمایم.

کد، نام و نام خانوادگی نماینده / کارگزار:
تاریخ / مهر و امضاء:نام و نام خانوادگی بازاریاب:
تاریخ / مهر و امضاء:

با توجه به مندرجات پیشنهاد:

 صدور با نرخ عادی بلامانع است. صدور با اضافه نرخ _____ نیاز به انجام آزمایشات 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 _____، سوابق خانوادگی، _____، مصرف دخانیات، _____، تجمع ریسک، _____، پزشکی، بلامانع است. نیاز به انجام آزمایشات 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 از ساعت ۲۴ روز واریز بیمه‌نامه شما به استناد فیش نقدی واریزی معتبر بوده و شما به خانواده بزرگ بیمه‌گذاران عمر بیمه‌دی خواهید پیوست.