

## پیشنهاد صدور 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 خط خوردگی، لاک‌گرفتگی، خراشیدگی، دپواره‌نویسی و یا محو شدن تکمیل شده باشد.

شماره پیشنهاد:	نام و کد شعبه:	نام و کد نماینده:	نام و کد بازاریاب:	تاریخ درخواست:					
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 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.) نشانی قانونی: استان/ شهر: نشانی: کدپستی: شماره تلفن: کد: نشانی پست الکترونیک: تعداد بیمه‌شدگان تبعی:									
بیمه‌گذار (حداقل سن ۱۸ سال)									
بیمه‌شده اصلی (حداکثر سن ۶۵ سال)									
مشخصات بیمه‌نامه مورد درخواست	حق بیمه: سالانه <input type="checkbox"/> یکجا <input type="checkbox"/> : ریال: اندوخته اولیه: ریال: مدت بیمه‌نامه (تا سن ۸۰ سالگی بیمه‌شده): سال: ۱. سرمایه فوت به هر علت: ریال (تا ۲۵ برابر حق بیمه سالانه - حداقل ۱۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال): ۲. پوشش فوت ناشی از حادثه: بله <input type="checkbox"/> (۱ برابر) <input type="checkbox"/> ۲ برابر <input type="checkbox"/> ۳ برابر <input type="checkbox"/> سرمایه فوت به هر علت تا ۲۰ میلیارد ریال) خیر <input type="checkbox"/> ۳-۱. پوشش نقص عضو و از کارافتادگی دائم ناشی از حادثه: بله <input type="checkbox"/> درصد سرمایه فوت ناشی از حادثه: خیر <input type="checkbox"/> ۳-۲. 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) خیر <input type="checkbox"/> ۳. پوشش امراض خاص: معادل ۳۰٪ <input type="checkbox"/> ۵۰٪ <input type="checkbox"/> ۱۰۰٪ سرمایه فوت به هر علت (سقف این پوشش تا ۵ میلیارد ریال می‌باشد) خیر <input type="checkbox"/> نوع پوشش: ۵ بیماری <input type="checkbox"/> ۲۱ بیماری <input type="checkbox"/> ۴. معافیت از پرداخت حق بیمه در صورت از کارافتادگی کامل و دائم ناشی از بیماری یا حادثه: بله (بیمه‌شده اصلی <input type="checkbox"/> ، بیمه‌گذار <input type="checkbox"/> ) خیر <input type="checkbox"/> ۴-۱. دریافت مستمری در صورت از کارافتادگی کامل و دائم ناشی از بیماری یا حادثه: ۱ برابر <input type="checkbox"/> ، ۲ برابر <input type="checkbox"/> ، ۳ برابر <input type="checkbox"/> آخرین حق بیمه پرداختی خیر <input type="checkbox"/> ۵. پوشش معافیت از پرداخت حق بیمه در صورت فوت: بله (بیمه‌شده اصلی <input type="checkbox"/> ، بیمه‌گذار <input type="checkbox"/> ) خیر <input type="checkbox"/> ۶. نحوه دریافت اندوخته در سررسید بیمه‌نامه: یکجا <input type="checkbox"/> مستمری <input type="checkbox"/> (در صورت انتخاب گزینه مستمری اطلاعات زیر تکمیل گردد) نوع مستمری: به شرط حیات <input type="checkbox"/> مدت معین قطعی <input type="checkbox"/> نحوه دریافت مستمری: ماهانه <input type="checkbox"/> دو ماهه <input type="checkbox"/> سه ماهه <input type="checkbox"/> شش ماهه <input type="checkbox"/> سالانه <input type="checkbox"/> مدت دریافت مستمری: سال: افزایش سالانه مستمری: ۰٪ <input type="checkbox"/> ۵٪ <input type="checkbox"/> ۱۰٪ <input type="checkbox"/> حیات: بیمه‌شده <input type="checkbox"/> / بیمه‌گذار <input type="checkbox"/> درصد سهم ۱۰۰٪ اولویت: اول								
استفاده کننده/ 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								
	۵								
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.									
سوابق بیمه‌ای	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 دهید. نام شرکت بیمه‌گر: نوع بیمه‌نامه: سرمایه فوت بیمه‌نامه: 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.								
بیمه‌گذار/ بیمه‌شده اصلی	نام و نام خانوادگی بیمه‌گذار: تاریخ/ مهر و امضاء:				نام و نام خانوادگی بیمه‌شده اصلی: 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: \_\_\_\_\_

### چنانچه بیمه‌گذار 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 به‌عنوان متقاضی (بیمه‌گذار و بیمه‌شده) کلیه مفاد و شرایط 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 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 تعهدات و ارزش بازخرید آن و احراز هویت بیمه‌گذار و بیمه‌شده، صحت امضاء و سلامتی متقاضی بیمه‌نامه و بیمه‌شده را تایید می‌کنم.

کد، نام و نام خانوادگی نماینده/ کار گزار:  
تاریخ/ مهر و امضاء:

نام و نام خانوادگی بازارباب:  
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.