

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 نمایندگی:	تاریخ درخواست:																																										
<p>نام و نام خانوادگی: _____ نام پدر: _____ شماره شناسنامه: _____ کدملی: _____</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>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، و ... مورد قبول نمی‌باشد. شماره تلفن همراه (الزامی): _____</p> <p>نشانی قانونی: استان: _____ شهر: _____ کد پستی: _____ شماره تلفن: _____ کد: _____</p>																																													
<p>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)</p> <p>نام و نام خانوادگی: _____ نام پدر: _____ شماره شناسنامه: _____ کدملی: _____</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>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، و ... مورد قبول نمی‌باشد. شماره تلفن همراه (الزامی): _____</p> <p>نشانی قانونی: استان: _____ شهر: _____ کد پستی: _____ شماره تلفن: _____ کد: _____</p>																																													
<p>بیمه‌شده تبعی</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>نسبت</th> <th>شماره شناسنامه</th> <th>نام پدر</th> <th>تاریخ تولد</th> <th>کدملی</th> <th>شغل</th> <th>نام و نام خانوادگی</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>۱</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></tr> <tr><td>۳</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></tr> <tr><td>۵</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>				نسبت	شماره شناسنامه	نام پدر	تاریخ تولد	کدملی	شغل	نام و نام خانوادگی	۱							۲							۳							۴							۵						
نسبت	شماره شناسنامه	نام پدر	تاریخ تولد	کدملی	شغل	نام و نام خانوادگی																																							
۱																																													
۲																																													
۳																																													
۴																																													
۵																																													
<p>سرمايه پوشش‌های بیمه‌نامه حوادث (مبالغ به ریال)</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>بیمه‌شده اصلی</th> <th>بیمه‌شده تبعی ۱</th> <th>بیمه‌شده تبعی ۲</th> <th>بیمه‌شده تبعی ۳</th> <th>بیمه‌شده تبعی ۴</th> <th>بیمه‌شده تبعی ۵</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>فوت در اثر حادثه</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>نقص عضو و از کارافتادگی دائم (کلی و جزئی) در اثر حادثه</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>هزینه پزشکی ناشی از حادثه</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>گرامت روزانه عمومی ناشی از حادثه</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>گرامت روزانه بستری در مراکز درمانی مجاز ناشی از حادثه</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>				بیمه‌شده اصلی	بیمه‌شده تبعی ۱	بیمه‌شده تبعی ۲	بیمه‌شده تبعی ۳	بیمه‌شده تبعی ۴	بیمه‌شده تبعی ۵	فوت در اثر حادثه						نقص عضو و از کارافتادگی دائم (کلی و جزئی) در اثر حادثه						هزینه پزشکی ناشی از حادثه						گرامت روزانه عمومی ناشی از حادثه						گرامت روزانه بستری در مراکز درمانی مجاز ناشی از حادثه											
بیمه‌شده اصلی	بیمه‌شده تبعی ۱	بیمه‌شده تبعی ۲	بیمه‌شده تبعی ۳	بیمه‌شده تبعی ۴	بیمه‌شده تبعی ۵																																								
فوت در اثر حادثه																																													
نقص عضو و از کارافتادگی دائم (کلی و جزئی) در اثر حادثه																																													
هزینه پزشکی ناشی از حادثه																																													
گرامت روزانه عمومی ناشی از حادثه																																													
گرامت روزانه بستری در مراکز درمانی مجاز ناشی از حادثه																																													
<p>پوشش‌های بیمه‌ای</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>بیمه‌شده اصلی</th> <th>بیمه‌شده تبعی ۱</th> <th>بیمه‌شده تبعی ۲</th> <th>بیمه‌شده تبعی ۳</th> <th>بیمه‌شده تبعی ۴</th> <th>بیمه‌شده تبعی ۵</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>فوت در اثر حادثه</td><td>ریال _____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>نقص عضو و از کارافتادگی دائم (کلی و جزئی) در اثر حادثه</td><td>بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></td><td>_____ درصد</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>هزینه پزشکی ناشی از حادثه</td><td>بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></td><td>_____ درصد</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> </tbody> </table>				بیمه‌شده اصلی	بیمه‌شده تبعی ۱	بیمه‌شده تبعی ۲	بیمه‌شده تبعی ۳	بیمه‌شده تبعی ۴	بیمه‌شده تبعی ۵	فوت در اثر حادثه	ریال _____	_____	_____	_____	_____	نقص عضو و از کارافتادگی دائم (کلی و جزئی) در اثر حادثه	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	_____ درصد	_____	_____	_____	هزینه پزشکی ناشی از حادثه	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	_____ درصد	_____	_____	_____																		
بیمه‌شده اصلی	بیمه‌شده تبعی ۱	بیمه‌شده تبعی ۲	بیمه‌شده تبعی ۳	بیمه‌شده تبعی ۴	بیمه‌شده تبعی ۵																																								
فوت در اثر حادثه	ریال _____	_____	_____	_____	_____																																								
نقص عضو و از کارافتادگی دائم (کلی و جزئی) در اثر حادثه	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	_____ درصد	_____	_____	_____																																								
هزینه پزشکی ناشی از حادثه	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	_____ درصد	_____	_____	_____																																								
<p>پوشش‌های بیمه‌ای</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>بیمه‌شده اصلی</th> <th>بیمه‌شده تبعی ۱</th> <th>بیمه‌شده تبعی ۲</th> <th>بیمه‌شده تبعی ۳</th> <th>بیمه‌شده تبعی ۴</th> <th>بیمه‌شده تبعی ۵</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>فوت در اثر حادثه</td><td>_____ ریال</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>نقص عضو و از کارافتادگی دائم (کلی و جزئی) در اثر حادثه</td><td>بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></td><td>_____ درصد</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>هزینه پزشکی ناشی از حادثه</td><td>بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></td><td>_____ درصد</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> </tbody> </table>				بیمه‌شده اصلی	بیمه‌شده تبعی ۱	بیمه‌شده تبعی ۲	بیمه‌شده تبعی ۳	بیمه‌شده تبعی ۴	بیمه‌شده تبعی ۵	فوت در اثر حادثه	_____ ریال	_____	_____	_____	_____	نقص عضو و از کارافتادگی دائم (کلی و جزئی) در اثر حادثه	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	_____ درصد	_____	_____	_____	هزینه پزشکی ناشی از حادثه	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	_____ درصد	_____	_____	_____																		
بیمه‌شده اصلی	بیمه‌شده تبعی ۱	بیمه‌شده تبعی ۲	بیمه‌شده تبعی ۳	بیمه‌شده تبعی ۴	بیمه‌شده تبعی ۵																																								
فوت در اثر حادثه	_____ ریال	_____	_____	_____	_____																																								
نقص عضو و از کارافتادگی دائم (کلی و جزئی) در اثر حادثه	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	_____ درصد	_____	_____	_____																																								
هزینه پزشکی ناشی از حادثه	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	_____ درصد	_____	_____	_____																																								
<p>پوشش‌های بیمه‌ای</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>بیمه‌شده اصلی</th> <th>بیمه‌شده تبعی ۱</th> <th>بیمه‌شده تبعی ۲</th> <th>بیمه‌شده تبعی ۳</th> <th>بیمه‌شده تبعی ۴</th> <th>بیمه‌شده تبعی ۵</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>فوت در اثر حادثه</td><td>_____ ریال</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>نقص عضو و از کارافتادگی دائم (کلی و جزئی) در اثر حادثه</td><td>بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></td><td>_____ درصد</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>هزینه پزشکی ناشی از حادثه</td><td>بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></td><td>_____ درصد</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> </tbody> </table>				بیمه‌شده اصلی	بیمه‌شده تبعی ۱	بیمه‌شده تبعی ۲	بیمه‌شده تبعی ۳	بیمه‌شده تبعی ۴	بیمه‌شده تبعی ۵	فوت در اثر حادثه	_____ ریال	_____	_____	_____	_____	نقص عضو و از کارافتادگی دائم (کلی و جزئی) در اثر حادثه	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	_____ درصد	_____	_____	_____	هزینه پزشکی ناشی از حادثه	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	_____ درصد	_____	_____	_____																		
بیمه‌شده اصلی	بیمه‌شده تبعی ۱	بیمه‌شده تبعی ۲	بیمه‌شده تبعی ۳	بیمه‌شده تبعی ۴	بیمه‌شده تبعی ۵																																								
فوت در اثر حادثه	_____ ریال	_____	_____	_____	_____																																								
نقص عضو و از کارافتادگی دائم (کلی و جزئی) در اثر حادثه	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	_____ درصد	_____	_____	_____																																								
هزینه پزشکی ناشی از حادثه	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	_____ درصد	_____	_____	_____																																								
<p>بیمه‌نامه مستمری پیشامد</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>بیمه‌شده اصلی</th> <th>بیمه‌شده تبعی ۱</th> <th>بیمه‌شده تبعی ۲</th> <th>بیمه‌شده تبعی ۳</th> <th>بیمه‌شده تبعی ۴</th> <th>بیمه‌شده تبعی ۵</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>فوت در اثر حادثه</td><td>_____ ریال</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>نقص عضو و از کارافتادگی دائم (کلی و جزئی) در اثر حادثه</td><td>بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></td><td>_____ درصد</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>هزینه پزشکی ناشی از حادثه</td><td>بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></td><td>_____ درصد</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> </tbody> </table>				بیمه‌شده اصلی	بیمه‌شده تبعی ۱	بیمه‌شده تبعی ۲	بیمه‌شده تبعی ۳	بیمه‌شده تبعی ۴	بیمه‌شده تبعی ۵	فوت در اثر حادثه	_____ ریال	_____	_____	_____	_____	نقص عضو و از کارافتادگی دائم (کلی و جزئی) در اثر حادثه	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	_____ درصد	_____	_____	_____	هزینه پزشکی ناشی از حادثه	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	_____ درصد	_____	_____	_____																		
بیمه‌شده اصلی	بیمه‌شده تبعی ۱	بیمه‌شده تبعی ۲	بیمه‌شده تبعی ۳	بیمه‌شده تبعی ۴	بیمه‌شده تبعی ۵																																								
فوت در اثر حادثه	_____ ریال	_____	_____	_____	_____																																								
نقص عضو و از کارافتادگی دائم (کلی و جزئی) در اثر حادثه	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	_____ درصد	_____	_____	_____																																								
هزینه پزشکی ناشی از حادثه	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	_____ درصد	_____	_____	_____																																								
<p>بیمه‌نامه پژواک</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>بیمه‌شده اصلی</th> <th>بیمه‌شده تبعی ۱</th> <th>بیمه‌شده تبعی ۲</th> <th>بیمه‌شده تبعی ۳</th> <th>بیمه‌شده تبعی ۴</th> <th>بیمه‌شده تبعی ۵</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>فوت در اثر حادثه</td><td>_____ ریال</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>نقص عضو و از کارافتادگی دائم (کلی و جزئی) در اثر حادثه</td><td>بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></td><td>_____ درصد</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>هزینه پزشکی ناشی از حادثه</td><td>بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></td><td>_____ درصد</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> </tbody> </table>				بیمه‌شده اصلی	بیمه‌شده تبعی ۱	بیمه‌شده تبعی ۲	بیمه‌شده تبعی ۳	بیمه‌شده تبعی ۴	بیمه‌شده تبعی ۵	فوت در اثر حادثه	_____ ریال	_____	_____	_____	_____	نقص عضو و از کارافتادگی دائم (کلی و جزئی) در اثر حادثه	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	_____ درصد	_____	_____	_____	هزینه پزشکی ناشی از حادثه	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	_____ درصد	_____	_____	_____																		
بیمه‌شده اصلی	بیمه‌شده تبعی ۱	بیمه‌شده تبعی ۲	بیمه‌شده تبعی ۳	بیمه‌شده تبعی ۴	بیمه‌شده تبعی ۵																																								
فوت در اثر حادثه	_____ ریال	_____	_____	_____	_____																																								
نقص عضو و از کارافتادگی دائم (کلی و جزئی) در اثر حادثه	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	_____ درصد	_____	_____	_____																																								
هزینه پزشکی ناشی از حادثه	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	_____ درصد	_____	_____	_____																																								
<p>بیمه‌نامه</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>اولویت</th> <th>درصد سهم</th> <th>نسبت</th> <th>شماره شناسنامه</th> <th>نام پدر</th> <th>تاریخ تولد</th> <th>کدملی</th> <th>نام و نام خانوادگی</th> <th>ردیف</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>/ /</td><td></td><td></td><td>۱</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>/ /</td><td></td><td></td><td>۲</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>/ /</td><td></td><td></td><td>۳</td></tr> </tbody> </table>				اولویت	درصد سهم	نسبت	شماره شناسنامه	نام پدر	تاریخ تولد	کدملی	نام و نام خانوادگی	ردیف						/ /			۱						/ /			۲						/ /			۳						
اولویت	درصد سهم	نسبت	شماره شناسنامه	نام پدر	تاریخ تولد	کدملی	نام و نام خانوادگی	ردیف																																					
					/ /			۱																																					
					/ /			۲																																					
					/ /			۳																																					
<p>دینفع حیات بیمه‌نامه پژواک (فوت حادثی با برگشت حق بیمه): بیمه‌شده <input type="checkbox"/> بیمه‌گذار <input type="checkbox"/></p> <p>* در صورت فوت بیمه‌شده/ بیمه‌شدگان، چنانچه دینفعان بیمه‌نامه مشخص نشده باشد، سرمایه بیمه‌نامه به نسبت سهم‌الارث بین وراث قانونی تقسیم خواهد شد.</p> <p>* در صورت عدم مشخص نمودن درصد هر یک از دینفعان، سرمایه بیمه‌نامه به نسبت مساوی تقسیم خواهد شد.</p> <p>* دینفع سرمایه فوت حادثی در صورت فوت بیمه‌شده تبعی (همسر، فرزند و والدین) براساس قوانین ارث در جمهوری اسلامی ایران و به نسبت سهم‌الارث پرداخت می‌گردد و برای سایر پوشش‌های حادثی در وجه بیمه‌گذار پرداخت می‌گردد.</p>																																													
<p>نام و نام خانوادگی: _____ بیمه‌گذار: _____ تاریخ و امضاء: _____</p> <p>نام و نام خانوادگی: _____ بیمه‌شده تبعی ۱: _____ تاریخ و امضاء: _____</p> <p>نام و نام خانوادگی: _____ بیمه‌شده تبعی ۲: _____ تاریخ و امضاء: _____</p> <p>نام و نام خانوادگی: _____ بیمه‌شده تبعی ۳: _____ تاریخ و امضاء: _____</p> <p>نام و نام خانوادگی: _____ بیمه‌شده تبعی ۴: _____ تاریخ و امضاء: _____</p> <p>نام و نام خانوادگی: _____ بیمه‌شده تبعی ۵: _____ تاریخ و امضاء: _____</p>																																													

وضعیت عمومی بیمه شده	<p>۱- آیا دچار نابینایی، کم بینایی یا ضعفی چشم هستید؟ نابینا <input type="checkbox"/> کم بینا <input type="checkbox"/> ضعفی چشم <input type="checkbox"/> در صورت ضعیف بودن چشم شماره عینک بیمه شده 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 می کنید؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>۳- آیا بیمه شده در حال حاضر کاملاً سالم هستند؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> (در صورت پاسخ منفی نوع بیماری، مدت ابتلا، داروهای مصرفی مشخص شود)</p> <p>۴- آیا بیمه شده 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> <p>۵- چنانچه دارای هرگونه نقص عضو هستید با ذکر علت، ناحیه و درصد بیان کنید.</p>																					
خطرات اضافی	<p>۶- آیا از موتورسیکلت به عنوان وسیله تردد استفاده می نمایید؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> درخواست پوشش "خطر اضافی" هدایت موتورسیکلت" با پرداخت حق بیمه اضافی را دارم</p> <p>۷- آیا به ورزش رزمی یا حرفه ای خاصی می پردازید بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نوع ورزش _____ مدت فعالیت _____ درخواست خرید پوشش خطر اضافی ورزشی را دارم</p> <p>۸- درخواست پوشش خطرات ناشی از زلزله و آتشفشان را با پرداخت حق بیمه اضافی دارم. بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p>																					
سوابق بیمه ای	<p>۱- آیا در حال حاضر بیمه نامه حادثه دیگری دارید؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> نام شرکت بیمه: _____ سرمایه بیمه نامه: _____ 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 شرکت های بیمه ای دریافت نموده اید؟ در صورت مثبت بودن پاسخ نام شرکت و مبلغ دریافتی را با ذکر تاریخ مرقوم فرمایید.</p> <p>نام شرکت بیمه گر: _____ 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>																					
بیمه گذار و بیمه شده	<p>بدینوسیله گواهی می گردد 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 می دارم. همچنین تعهد می نمایم در صورت هرگونه اظهار خلاف واقع به موجب قانون باعث ابطال بیمه نامه شده و اعتبار پوشش بیمه ای منوط به صحت اظهارات فوق خواهد بود.</p> <table border="1" data-bbox="71 817 1492 929"> <thead> <tr> <th>نام و نام خانوادگی بیمه گذار:</th> <th>نام و نام خانوادگی بیمه شده اصلی:</th> <th>نام و نام خانوادگی بیمه شده تبعی ۱:</th> <th>نام و نام خانوادگی بیمه شده تبعی ۲:</th> <th>نام و نام خانوادگی بیمه شده تبعی ۳:</th> <th>نام و نام خانوادگی بیمه شده تبعی ۴:</th> <th>نام و نام خانوادگی بیمه شده تبعی ۵:</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>نام و نام خانوادگی:</td> <td>نام و نام خانوادگی:</td> <td>نام و نام خانوادگی:</td> <td>نام و نام خانوادگی:</td> <td>نام و نام خانوادگی:</td> <td>نام و نام خانوادگی:</td> <td>نام و نام خانوادگی:</td> </tr> <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 بیمه گذار:	نام و نام خانوادگی بیمه شده اصلی:	نام و نام خانوادگی بیمه شده تبعی ۱:	نام و نام خانوادگی بیمه شده تبعی ۲:	نام و نام خانوادگی بیمه شده تبعی ۳:	نام و نام خانوادگی بیمه شده تبعی ۴:	نام و نام خانوادگی بیمه شده تبعی ۵:	نام و نام خانوادگی:	نام و نام خانوادگی:	نام و نام خانوادگی:	نام و نام خانوادگی:	نام و نام خانوادگی:	نام و نام خانوادگی:	نام و نام خانوادگی:	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 بیمه گذار:	نام و نام خانوادگی بیمه شده اصلی:	نام و نام خانوادگی بیمه شده تبعی ۱:	نام و نام خانوادگی بیمه شده تبعی ۲:	نام و نام خانوادگی بیمه شده تبعی ۳:	نام و نام خانوادگی بیمه شده تبعی ۴:	نام و نام خانوادگی بیمه شده تبعی ۵:																
نام و نام خانوادگی:	نام و نام خانوادگی:	نام و نام خانوادگی:	نام و نام خانوادگی:	نام و نام خانوادگی:	نام و نام خانوادگی:	نام و نام خانوادگی:																
تاریخ و امضاء:	تاریخ و امضاء:	تاریخ و امضاء:	تاریخ و امضاء:	تاریخ و امضاء:	تاریخ و امضاء:	تاریخ و امضاء:																
نماینده	<p>اینجانب، بیمه گذار و بیمه شده را ملاقات نموده، ضمن ارائه اطلاعات کافی درباره شرایط بیمه نامه و احراز هویت بیمه گذار و بیمه شده و نیز اخذ رونوشت شناسنامه یا کارت ملی، صحت امضاء و سلامتی بیمه گذار و بیمه شده را تأیید می نمایم.</p> <p>نام و نام خانوادگی و کد نمایندگی / کارگزار: تاریخ، مهر و امضاء:</p>																					
بیمه گذار و بیمه شده	<p>با توجه به مندرجات پیشنهاد:</p> <p><input type="checkbox"/> صدور بلامانع است.</p> <p><input type="checkbox"/> صدور با شرایط خاص:</p> <p>_____</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>_____</p> <p><input type="checkbox"/> منع صدور به علت:</p> <p>_____</p> <p>حق بیمه اعلام شده بدون احتساب مالیات بر ارزش افزوده و عوارض شهرداری می باشد و بیمه گذار ملزم به پرداخت کل حق بیمه با احتساب مالیات می باشد.</p> <p>تاریخ/مهر و امضاء کارشناس / واحد صدور:</p>																					

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.