

پیشنهاد صدور بیمه‌شدگان تبعی عمر و مستمری

شماره سریال:

مقتضای 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/ معرف/ بازاریاب:	تاریخ درخواست:																																																																
بیمه‌گذار	<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"/> بله <input type="checkbox"/> خیر نوع دستگاه: _____</p> <p>کار در ارتفاع: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>(توجه: عناوین عام شغلی مانند: آزاد، کارمند، کارگر، عنوان رشته تحصیلی، ... مورد قبول نمی‌باشد.)</p>																																																																		
	<p>(توجه: 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 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: _____</p> <p>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"/> بله <input type="checkbox"/> خیر نوع دستگاه: _____ کار در ارتفاع: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر</p>																																																																		
مورد درخواست بیمه‌شده تبعی	<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٪</p> <p>(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 ۱۰ میلیارد ریال)</p> <p>۲-۱. پوشش نقص عضو و از کارافتادگی دائم ناشی از حادثه: <input type="checkbox"/> بله _____ درصد سرمایه فوت ناشی از حادثه</p> <p>۲-۲. پوشش هزینه پزشکی ناشی از حادثه: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> ۱۰٪ سرمایه فوت ناشی از حادثه تا ۵۰۰ میلیون ریال</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>																																																																		
استفاده‌کننده گان فوت	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <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.</p> <p>* 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.</p> <p>* در صورت فوت همزمان استفاده‌کننده و بیمه‌شده، سرمایه بیمه به نسبت مساوی بین وراثت قانونی بیمه‌شده تقسیم خواهد شد.</p> <p>* در صورت فوت بیمه‌شده، استفاده‌کننده/گان می‌توانند منافع بیمه‌نامه را به صورت مستمری دریافت نمایند.</p> <p>امضاء بیمه‌گذار</p>																																																																			
سوابق بیمه‌ای	<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"/> بله <input type="checkbox"/> خیر در صورت عدم پذیرش پیشنهاد علت را توضیح دهید.</p>																																																																		
	<p>نام شرکت بیمه‌گر: _____ نوع بیمه‌نامه: _____ سرمایه فوت بیمه‌نامه: _____</p> <p>تذکره: 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>																																																																		
بیمه‌گذار / بیمه‌شده تبعی	نام و نام خانوادگی بیمه‌گذار:		نام و نام خانوادگی بیمه‌شده تبعی:																																																																
	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. آیا از معافیت پزشکی در خدمت نظام وظیفه استفاده کرده‌اید؟ بله خیر علت معافیت: _____ (تصویر کارت معافیت پزشکی ضمیمه شود)۴. به هیچ بیماری مبتلا نیستید و در حال حاضر کاملاً سالم هستید: بله خیر در صورت پاسخ منفی، آیا سابقه ابتلا به بیماری‌های زیر را داشته‌اید؟

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

در صورت ابتلا به هر یک از بیماری‌های 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.

۵. چنانچه دارای هرگونه نقص عضو هستید با ذکر علت، ناحیه و درصد بیان کنید:

۶. 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)

۷. آیا از سیگار / پیپ / قلیان و یا مواد مخدر استفاده کرده یا می‌کنید؟

بله خیر میزان و مدت مصرف آن: _____

۸. آیا تا به حال در بیمارستان، مرکز درمانی و یا آسایشگاه بستری شده‌اید؟

بله خیر علت و تاریخ بستری: _____

۹. 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:

۱۰. آیا دروبی را به طور مستمر مصرف می‌کنید؟

بله خیر نوع دارو: _____ مدت زمان مصرف: _____

۱۱. آیا در ۶ ماه گذشته کاهش یا افزایش وزن شدید داشته‌اید؟

بله خیر به چه علت، چند کیلوگرم، در طی چه مدت: _____

۱۲. آیا در حال حاضر تحت نظر پزشک هستید؟

بله خیر به چه علت: _____

۱۳. 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 آیین‌نامه و دستورالعمل‌های اجرایی آن، خود را به رعایت مواد قانون یادشده و مقررات مربوطه متعهد و ملزم می‌کنم. 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 بیمه‌گذار:

نام و نام خانوادگی بیمه‌شده:

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 / کارگزار:

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، _____ تجمع 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 بیمه دی، در صورت پذیرش درخواست شما و تخصیص شناسه واریز بانکی و واریز اولین قسط حق بیمه به حساب شرکت بیمه دی، بیمه‌نامه شما به استناد رسید نقدی واریزی از ساعت ۲۴ روز واریز معتبر است و شما به خانواده بزرگ بیمه‌گذاران عمر بیمه دی خواهید پیوست.