

پیشنهاد صدور بیمه جانبخش

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 بوده و به آن استناد خواهد شد. ضمناً تکمیل فرم هیچ تعهدی را برای بیمه‌گر ایجاد نمی‌کند. فرم پیشنهاد می‌بایست بدون خط خوردگی، لاک‌گرفتگی، خراشیدگی، دوباره نویسی و یا محو شدن تکمیل شده باشد.

شماره پیشنهاد:	نام و کد شعبه:	نام و کد نماینده/ کارگزار:	تاریخ درخواست:
(حداقل سن ۱۸ سال) بیمه‌گذار	نام و نام خانوادگی: نام پدر: شماره شناسنامه: کدملی:		
	تاریخ تولد: محل صدور: تابعیت: جنسیت: زن <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> وضعیت تاهل: مجرد <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/>		
بیمه شده	شغل اصلی: شغل فرعی: شماره تلفن همراه (الزامی): میزان تحصیلات:		
	(توجه: عناوین عام شغلی مانند: آزاد، کارمند، گارگر، عنوان رشته تحصیلی و مورد قبول نمی‌باشد.) حدود درآمد ماهانه (ریال):		
مشخ صارت	نشانی قانونی: استان: شهر: کد پستی: شماره تلفن: کد:		
	نشانی پست الکترونیک: @		
ذینفعان فوت	خود شخص بیمه گذار <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> نسبت با بیمه‌گذار: (در صورت یکسان بودن بیمه‌گذار و بیمه‌شده (اصلی) نیاز به تکمیل این قسمت نمی‌باشد)		
	نام و نام خانوادگی: نام پدر: شماره شناسنامه: کدملی:		
سلامت و سوابق بیمه‌ای	تاریخ تولد: محل صدور: تابعیت: جنسیت: زن <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> وضعیت تاهل: مجرد <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/>		
	شغل اصلی: شغل فرعی: شماره تلفن همراه (الزامی): میزان تحصیلات:		
تأیید بیمه‌گذار و بیمه‌شده	(توجه: عناوین عام شغلی مانند: آزاد، کارمند، گارگر، عنوان رشته تحصیلی و مورد قبول نمی‌باشد.) حدود درآمد ماهانه (ریال):		
	نشانی قانونی: استان: شهر: کد پستی: شماره تلفن: کد:		
نماینده	سرمايه فوت به علت مرگ مغزی: ريال		
	ردیف		
مستول صدور	نام و نام خانوادگی		
	کدملی		
	شماره شناسنامه		
	تاریخ تولد		
*در صورت فوت بیمه‌شده، چنانچه استفاده‌کنندگان از سرمایه بیمه نامه مشخص نشده باشد، سرمایه بیمه‌نامه به نسبت سهم الارث بین وراث قانونی تقسیم خواهد شد.			
*در صورت عدم مشخص نمودن درصد هر یک از ذینفعان، سرمایه بیمه‌نامه به نسبت مساوی تقسیم خواهد شد.			
۱- آیا در حال حاضر کاملاً سالم می‌باشید؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت ابتلا به هر گونه بیماری، نام بیماری، داروهای مصرفی و مدت ابتلا به بیماری را توضیح فرمایید:			
۲- آیا در حال حاضر بیمه‌نامه عمر دیگری دارید؟ خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> سرمایه فوت بیمه‌نامه: نوع بیمه‌نامه عمر:			
۳- آیا در حال حاضر پیشنهاد بیمه عمر در جریان صدور دارید؟ خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> سرمايه پیشنهاد بیمه عمر در جریان صدور: ريال			
نوع بیمه‌نامه عمر در جریان صدور:			
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 بیمه‌ای داشته، در این فرم اعلام ننموده است، بیمه‌گر می‌تواند از پرداخت تمام و یا بخشی از تعهدات خود خودداری نماید.			
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 یادشده 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 و نیز ارزش بازخرید بیمه‌نامه تقاضای صدور آن را داریم.			
نام و نام خانوادگی بیمه‌گذار:		نام و نام خانوادگی بیمه‌شده:	
تاریخ و امضاء:		تاریخ و امضاء:	
اینجانب، شخصاً، بیمه‌گذار و بیمه‌شده را ملاقات نموده، ضمن ارائه اطلاعات کافی درباره شرایط بیمه‌نامه و احراز هویت بیمه‌گذار و بیمه‌شده و نیز اخذ رونوشت شناسنامه یا کارت ملی، صحت امضاء و سلامتی بیمه‌گذار و بیمه‌شده را تأیید می‌نمایم.			
نام و نام خانوادگی و کد نماینده/ کارگزار:			
تاریخ، مهر و امضاء:			
با توجه به مندرجات پیشنهاد و ضوابط و مقررات بیمه:			
<input type="checkbox"/> صدور با نرخ عادی بلامانع است.			
<input type="checkbox"/> صدور با اضافه نرخ درصد بلامانع است.			
<input type="checkbox"/> منع صدور به علت:			
تاریخ/ مهر و امضاء کارشناس/ واحد صدور:			
توجه: مقتضای گرامی، ضمن تشکر از انتخاب شرکت بیمه دی، در صورت پذیرش درخواست شما و تخصیص شناسه واریز بانکی و واریز حق بیمه به حساب شرکت بیمه دی از ساعت ۲۴ روز واریز بیمه‌نامه شما به استناد فیش نقدی واریز معتبر بوده و شما به خانواده بزرگ بیمه‌گذاران عمر بیمه دی خواهید پیوست.			