

پیشنهاد صدور بیمه عمر انفرادی

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 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 / کارگزار:	تاریخ درخواست:																																																							
<p>نام و نام خانوادگی / نام شرکت: _____ نام پدر: _____ شماره شناسنامه: _____ کد ملی / شماره ثبت: _____</p> <p>تاریخ تولد: _____ محل صدور: _____ تابعیت: _____ جنسیت: زن <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> وضعیت تأهل: مجرد <input type="checkbox"/> متأهل <input type="checkbox"/></p> <p>شماره تلفن همراه (الزامی): _____ میزان تحصیلات: _____ حدود درآمد ماهانه (ریال): _____</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>(توجه: عناوین عام شغلی مانند: آزاد، کارمند، کارگر، عنوان رشته تحصیلی، ... مورد قبول نمی‌باشد.)</p> <p>نشانی قانونی: استان / شهر: _____ نشانی: _____</p> <p>کدپستی: _____ شماره تلفن: _____ کد: _____ نشانی پست الکترونیک: _____</p>																																																										
<p>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)</p> <p>نام و نام خانوادگی: _____ نام پدر: _____ شماره شناسنامه: _____ کد ملی / شماره ثبت: _____</p> <p>تاریخ تولد: _____ محل صدور: _____ تابعیت: _____ جنسیت: زن <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> وضعیت تأهل: مجرد <input type="checkbox"/> متأهل <input type="checkbox"/></p> <p>شماره تلفن همراه (الزامی): _____ میزان تحصیلات: _____ حدود درآمد ماهانه (ریال): _____</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>(توجه: عناوین عام شغلی مانند: آزاد، کارمند، کارگر، عنوان رشته تحصیلی، ... مورد قبول نمی‌باشد.)</p> <p>نشانی قانونی: استان / شهر: _____ نشانی: _____</p> <p>کدپستی: _____ شماره تلفن: _____ کد: _____ نشانی پست الکترونیک: _____</p>																																																										
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:25%;">نام محصول</th> <th style="width:25%;">شرایط</th> <th style="width:25%;">۱- عمر ساده زمانی</th> <th style="width:25%;">۲- عمر مانده ده‌ه‌کار</th> <th style="width:25%;">۳- بیمه عمر زمانی با برگشت حق بیمه (طرح موج)</th> </tr> <tr> <td>سرمایه فوت به هر علت (ریال)</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>ضریب تعدیل سرمایه (درصد)</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>مدت بیمه‌نامه (سال)</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>روش پرداخت</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>مدت پرداخت حق بیمه (سال)</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>فوت ناشی از حادثه</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>نقص عضو ناشی از حادثه</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> </tr> <tr> <td>پوشش امراض خاص</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>حیات</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> </table>				نام محصول	شرایط	۱- عمر ساده زمانی	۲- عمر مانده ده‌ه‌کار	۳- بیمه عمر زمانی با برگشت حق بیمه (طرح موج)	سرمایه فوت به هر علت (ریال)	ضریب تعدیل سرمایه (درصد)	مدت بیمه‌نامه (سال)	روش پرداخت	مدت پرداخت حق بیمه (سال)	فوت ناشی از حادثه	نقص عضو ناشی از حادثه	هزینه پزشکی ناشی از حادثه	پوشش امراض خاص	حیات
نام محصول	شرایط	۱- عمر ساده زمانی	۲- عمر مانده ده‌ه‌کار	۳- بیمه عمر زمانی با برگشت حق بیمه (طرح موج)																																																						
سرمایه فوت به هر علت (ریال)																																																						
ضریب تعدیل سرمایه (درصد)																																																						
مدت بیمه‌نامه (سال)																																																						
روش پرداخت																																																						
مدت پرداخت حق بیمه (سال)																																																						
فوت ناشی از حادثه																																																						
نقص عضو ناشی از حادثه																																																						
هزینه پزشکی ناشی از حادثه																																																						
پوشش امراض خاص																																																						
حیات																																																						
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:10%;">ردیف</th> <th style="width:30%;">نام و نام خانوادگی / نام مؤسسه</th> <th style="width:15%;">کد ملی / شماره ثبت مؤسسه</th> <th style="width:15%;">شماره شناسنامه</th> <th style="width:15%;">تاریخ تولد/ تاریخ ثبت</th> <th style="width:15%;">نام پدر</th> <th style="width:10%;">نسبت با بیمه‌شده</th> <th style="width:10%;">درصد سهم</th> <th style="width:10%;">اولویت</th> </tr> <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> </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									
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																																																										
<p>توجه: * پرداخت خسارت در صورت فوت بیمه‌شده 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>آیا در حال حاضر بیمه عمر دیگری دارید؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></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؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت عدم پذیرش پیشنهاد علت را توضیح فرمایید.</p> <p>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.</p>																																																										
<p>نام و نام خانوادگی بیمه‌گذار: _____ نام و نام خانوادگی بیمه‌شده: _____</p> <p>تاریخ/ مهر و امضاء: _____ تاریخ/ مهر و امضاء: _____</p>																																																										

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، سکنه 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 / اینجانبان 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 بیمه شده:
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.

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 _____ قد و وزن، _____ 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 استاد فیش نقدی واریزی معتبر بوده و شما به خانواده بزرگ بیمه‌گذاران عمر بیمه‌دی خواهید پیوست.